

UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CAMPUS CHAPECÓ
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

VANESSA SOLFOROSO PICCOLI

**ENFRENTAMENTO DA DESINFORMAÇÃO EM SAÚDE: ESTRATÉGIAS
EDUCATIVAS E TECNOLÓGICAS DOS PROFISSIONAIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

CHAPECÓ

2026

VANESSA SOLFOROSO PICCOLI

**ENFRENTAMENTO DA DESINFORMAÇÃO EM SAÚDE: ESTRATÉGIAS
EDUCATIVAS E TECNOLÓGICAS DOS PROFISSIONAIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Campus Chapecó, área de concentração “Enfermagem em Saúde Coletiva”, Linha de Pesquisa 1: “Políticas e Práticas de Cuidado em Saúde e Enfermagem em Saúde Coletiva”, como requisito parcial para obtenção de título de Mestra em Enfermagem.

Orientadora: Prof. Dra. Daniela Savi Geremia

Coorientadora: Prof. Dra. Valéria Silvana Faganello Madureira

CHAPECÓ

2026

Bibliotecas da Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS

Piccoli, Vanessa Solforoso
ENFRENTAMENTO DA DESINFORMAÇÃO EM SAÚDE: ESTRATÉGIAS
EDUCATIVAS E TECNOLÓGICAS DOS PROFISSIONAIS NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA / Vanessa Solforoso Piccoli. -- 2026.
103 f.

Orientadora: Dra Daniela Savi Geremia
Co-orientadora: Dra Valéria Silvana Faganello
Madureira

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal da
Fronteira Sul, Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem, Chapecó, SC, 2026.

1. Desinformação em Saúde. 2. Atenção Primária à
Saúde. 3. Educação em Saúde. 4. Enfermagem. I. Geremia,
Daniela Savi, orient. II. Madureira, Valéria Silvana
Faganello, co-orient. III. Universidade Federal da
Fronteira Sul. IV. Título.

VANESSA SOLFOROSO PICCOLI

**ENFRENTAMENTO DA DESINFORMAÇÃO EM SAÚDE:
ESTRATÉGIAS EDUCATIVAS E TECNOLÓGICAS DOS PROFISSIONAIS
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *Campus* Chapecó, área de concentração “Enfermagem em Saúde Coletiva”, Linha de Pesquisa 1: “Políticas e Práticas de Cuidado em Saúde e Enfermagem em Saúde Coletiva”, como requisito parcial para obtenção de título de Mestra em Enfermagem

Este trabalho foi defendido e aprovado pela banca em 15/04/2026.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Daniela Savi Geremia – UFFS

Orientadora

Prof. Dr. Cláudio Claudino da Silva Filho – UFFS

Avaliador

Prof.^a Dr.^a Natália Fernandes de Andrade – UNB

Avaliadora

**"Faça o teu melhor, na condição que você tem,
enquanto você não tem condições melhores
para fazer melhor ainda"**

Mario Sergio Cortella

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus, pela vida, pela força e pela perseverança que me sustentaram ao longo desta trajetória.

À minha família, em especial ao meu esposo Jeferson e minhas filhas Pietra e Antonella, muito obrigado pelo apoio incondicional, compreensão e incentivo em todos os momentos, especialmente nos períodos de maior dedicação e ausência. Vocês foram fundamentais para que este sonho se tornasse possível. Às vovós Inez e Rose, que sempre estavam presentes, mantendo a rotina e os cuidados na minha ausência.

À pessoa que me deu o maior empurrão para que eu buscasse esse desafio profissional, minha psicóloga Aline, você me lembrou o quanto sou capaz, me guiou e foi luz num momento de escuridão.

À minha orientadora Dra. Daniela e à minha coorientadora Dra. Valéria, pela confiança, paciência, dedicação e valiosas contribuições ao longo do desenvolvimento desta pesquisa. Sua orientação foi essencial para a construção deste trabalho.

Aos profissionais de saúde que participaram deste estudo, pela disponibilidade, colaboração e generosidade ao compartilharem suas experiências, tornando esta pesquisa possível.

À instituição, ao programa de pós-graduação, aos professores do programa, pelo suporte acadêmico e estrutural oferecido durante todo o percurso.

As amigas e colegas que o mestrado proporcionou, pelo apoio, incentivo e companheirismo, tornaram essa caminhada mais leve.

Por fim, a todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho, minha sincera gratidão.

RESUMO

A desinformação em saúde não constitui um fenômeno recente, mas sua disseminação foi significativamente ampliada com o advento das plataformas digitais. A crescente circulação de informações incorretas e imprecisas na área da saúde, intensificada pela expansão das Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs) e potencializada pela infodemia, configura um desafio crítico para a Atenção Primária à Saúde (APS). Nesse cenário, os profissionais assumem papel central como mediadores do conhecimento, atuando diretamente junto à população, que enfrenta dificuldades crescentes para acessar, compreender e avaliar informações confiáveis. Diante disso, objetivou-se compreender as estratégias educativas e tecnológicas de comunicação e informação utilizadas pelos profissionais na APS/ESF durante o atendimento, visando a contribuir no enfrentamento da desinformação em saúde na população de abrangência da Gerência Regional de Saúde de Xanxerê. Trata-se de pesquisa exploratória e descritiva, de abordagem qualitativa, conduzida por meio de entrevistas individuais com roteiro semiestruturado. O estudo foi realizado nos municípios pertencentes à Gerência Regional de Saúde de Xanxerê, no oeste de Santa Catarina, com a participação de 21 profissionais da APS, entre enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Os dados foram organizados em cinco categorias analíticas, das quais emergiram dezoito Ideias Centrais e trinta e cinco Discursos do Sujeito Coletivo. Os resultados evidenciaram que o cuidado educativo na APS constitui prática complexa, sustentada principalmente pelo vínculo entre profissional e usuário e pela comunicação verbal, com destaque para estratégias como adaptação da linguagem, repetição, reforço das orientações e checagem da compreensão. As TICs, especialmente o *WhatsApp*, foram incorporadas ao cotidiano como recurso de ampliação do acesso e reforço das orientações, embora também se configurem como importantes canais de circulação da desinformação. Além disso, os achados revelaram fragilidades na formação e no preparo institucional dos profissionais, com predomínio de aprendizagem empírica e escassez de ações específicas de educação permanente sobre o tema. Conclui-se que o enfrentamento da desinformação na APS exige o fortalecimento das práticas educativas, investimento em formação permanente e suporte institucional, de modo a qualificar a comunicação em saúde e fortalecer o cuidado integral.

Palavras-chave: Desinformação, Comunicação em Saúde, Atenção Primária à Saúde, Educação em Saúde, Enfermagem.

ABSTRACT

Disinformation is not a recent phenomenon, its dissemination has been significantly amplified with the advent of digital platforms. The growing circulation of incorrect and inaccurate information in the health field, intensified by the expansion of ICTs and potentiated by the infodemic phenomenon, constitutes a critical challenge for primary health care. In this scenario, professionals assume a central role as mediators of knowledge, working directly with the population, which faces increasing difficulties in accessing, understanding, and evaluating reliable information. Therefore, it becomes fundamental to investigate the educational and technological strategies employed by these professionals, considering that effective practices can strengthen health literacy, increase user autonomy, and contribute to combating misinformation. This is an exploratory and descriptive study, with a qualitative approach, conducted through individual interviews based on a semi-structured script. The study was conducted in municipalities belonging to the GERSA region of Xanxerê, located in the western region of Santa Catarina. Twenty-one primary health care professionals participated in the research, including nurses, doctors, nursing technicians, and community health agents. The data were organized into five analytical categories, resulting in eighteen Central Ideas and thirty-five Collective Subject Discourses. The results show that educational care in primary health care constitutes a complex practice, sustained by the bond between professional and user and centered on verbal communication. Digital tools represent a paradox; while they facilitate communication, they also act as channels for disseminating disinformation.

Keywords: Disinformation, Health Communication, Primary Health Care, Health Education, Nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Estratégias para enfrentar a desinformação.....	Error! Bookmark not defined.
Quadro 2 – Categoria 1: Produção do Cuidado Educativo na APS	Error! Bookmark not defined.
Quadro 3 – Categoria 2: Tecnologias de Comunicação para o Cuidado na APS.....	39
Quadro 4 – Categoria 3: Circulação da Desinformação no Território.....	40
Quadro 5 – Categoria 4: Estratégias de Enfrentamento da Desinformação na APS Estratégias para enfrentar a desinformação.....	4Error! Bookmark not defined.
Quadro 6 – Categoria 5: Formação, Preparo Institucional e Necessidades para o Enfrentamento da Desinformação Categoria 1: Produção do Cuidado Educativo na APS	Error! Bookmark not defined.

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde
AMAI - Associação dos Municípios do Alto Irani
AMNOROESTE - Associação dos municípios do Noroeste de Santa Catarina
APS - Atenção Primária à Saúde
CIR - Comissão de Intergestores Regional
CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COSEMS - Conselho de Secretarias Municipais de Saúde
DSC - Discurso do Sujeito Coletivo
ESF - Equipe Saúde da Família
FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz
GERSA - Gerência Regional de Saúde
IDH - Índice de Desenvolvimento Humano
IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
ISF - Indicador Sintético Final
MS - Ministério da Saúde
OMS - Organização Mundial da Saúde
ONU - Organização das Nações Unidas
OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde
RAS - Rede de Atenção à Saúde
SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica
SIH - Sistemas de Informações Hospitalares
SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC - Sistema de Informações de Nascidos Vivos
SUS - Sistema Único de Saúde
TIC- Tecnologia da Informação e Comunicação
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS - Unidade Básica de Saúde
UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância
UFFS - Universidade Federal da Fronteira Sul

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVOS	15
2.1 OBJETIVO GERAL	15
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
3 REVISÃO DE LITERATURA	16
3.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: PILAR ESTRATÉGICO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE....	16
3.2 DIREITO AO ACESSO À INFORMAÇÃO ADEQUADA	17
3.3 COMUNICAÇÃO EM SAÚDE	18
3.3.1 Comunicação em saúde como ferramenta estratégica: atribuições, competências e habilidades dos profissionais da APS	19
3.4 INFODEMIA, DESINFORMAÇÃO E SAÚDE PÚBLICA: ENTRE A COMUNICAÇÃO E O CUIDADO	21
3.5 LITERACIA EM SAÚDE.....	24
3.6 TECNOLOGIAS DIGITAIS DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO COMO INSTRUMENTOS DE CUIDADO NA APS.....	26
3.8 HABILIDADES ESSENCIAIS PARA ENFRENTAR A DESINFORMAÇÃO	28
4 METODOLOGIA	32
4.1 TIPO DE PESQUISA	32
4.2 CENÁRIO DA PESQUISA.....	33
4.3 PARTICIPANTES.....	34
4.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	43
5. RESULTADOS	44
6. DISCUSSÃO.....	53
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	74
REFERÊNCIAS	78
APÊNDICE I	88
APÊNDICE II	90
APÊNDICE IV	94
APÊNDICE V	96

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) desempenha um papel fundamental na educação das pessoas e das comunidades, incentivando a busca pela qualidade de vida e pela melhoria das condições de saúde. Ao promover maior autonomia para a adoção de estilos de vida saudáveis, a APS amplia a corresponsabilidade pelo cuidado em saúde, que deixa de ser exclusivamente dos serviços de saúde para ser compartilhada com a população, de forma individual ou coletiva (Mascarenhas; Melo; Fagundes, 2012).

O interesse das pessoas por informações em saúde tem crescido significativamente, reflexo da preocupação do indivíduo contemporâneo com esse tema. A *internet* consolidou-se como principal meio de busca por informações em escala global, permitindo a circulação de conteúdos entre profissionais, instituições, serviços de saúde e o público em geral. No entanto, essas informações nem sempre passam por processos de avaliação e validação, o que pode resultar em conteúdos incompletos, incorretos ou de difícil compreensão para o cidadão comum, aumentando o risco de desinformação e dificultando a distinção entre fontes confiáveis e não confiáveis (Mendonça; Pereira, 2015).

A disseminação de desinformação em saúde representa um dos grandes desafios contemporâneos para os sistemas de saúde, especialmente no contexto da APS e da Estratégia Saúde da Família (ESF). No cenário pós-pandêmico da COVID-19, observa-se uma transformação no acesso às informações em saúde, tanto por parte dos usuários quanto dos profissionais. Durante o período de isolamento social, houve um crescimento significativo no uso de tecnologias digitais, o que impulsionou a adoção da *internet*, de aplicativos e de diversos dispositivos tecnológicos no cotidiano.

Diferentemente do período em que as formas tradicionais e principais de comunicação eram o rádio, a televisão e o jornal, meios em que a quantidade de informações era limitada e cabia à imprensa definir quais temas seriam divulgados e em que momento (Pereira, 2022), com a *internet* emergem inúmeros canais de comunicação que possibilitam a produção e disseminação massiva de conteúdos. Esse novo cenário gera uma sobrecarga informacional, provocando mudanças significativas no comportamento da sociedade. Além disso, destaca-se a capacidade da *internet* de permitir a integração em tempo real, superando barreiras geográficas que antes limitavam o fluxo de informações (Delfino; Neto; Souza, 2019).

O acesso facilitado às informações em saúde confere maior poder e autonomia ao cidadão, que busca a informação que deseja, como e quando decidir. Por um lado, essa mudança

vai ao encontro da democratização do acesso à informação. Por outro, ainda não existe um controle de qualidade das informações que são produzidas por cidadãos comuns e, muitas vezes, o conteúdo criado e compartilhado pode favorecer a propagação de conteúdos imprecisos, enganosos, falsos ou até prejudiciais, resultando em desinformação em saúde.

Diferentemente dos conteúdos disponibilizados pelas tecnologias tradicionais, até então amplamente considerados confiáveis, surge a reflexão sobre a credibilidade desses meios: talvez fossem vistos como fontes seguras não necessariamente pela veracidade absoluta das informações que transmitiam, mas por serem, à época, as únicas formas de comunicação disponíveis.

Com o avanço tecnológico e a popularização da *internet*, esse cenário passou por profundas transformações. As Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) compreendem um conjunto de tecnologias que ampliam o acesso da população a produtos e serviços, incluindo maquinário de escritório e computação, fios, cabos, componentes eletrônicos, transmissores de TV, rádio e telefonia, equipamentos de informática e softwares, conforme sinaliza a Agência Brasileira de Desenvolvimento Industrial (ABDI, 2012).

As TICs viabilizam novas possibilidades na forma de comunicação em todas as áreas do conhecimento, e com a área da saúde não foi diferente, proporcionando apoio à prática profissional, à gestão e à organização. Contudo, é necessário mais do que apenas utilizá-las, é preciso a elaboração de estratégias para utilização da qualidade do cuidado produzido pela tecnologia (Cardoso *et al*, 2018). Cabe destacar, que a simples presença dessas tecnologias não garante, por si só, melhorias na qualidade do cuidado. É fundamental que sua adoção seja acompanhada de estratégias bem definidas que priorizem a equidade, a segurança do paciente, a acessibilidade, o sigilo das informações e a formação contínua dos profissionais para o uso ético e eficaz desses instrumentos. Assim, o potencial das TICs deve ser compreendido não apenas como inovação técnica, mas como ferramenta integradora de um modelo de cuidado mais resolutivo, centrado no usuário, e, orientado pelas diretrizes e princípios do SUS.

As TICs em saúde são ferramentas utilizadas para melhoria dos processos e armazenamento das informações, como os sistemas de computação. Na APS o prontuário eletrônico pode ser um forte aliado para eficiência da comunicação e coordenação do cuidado, como também para qualificação dos processos de trabalho, elaboração de planejamentos e implementação de políticas públicas aos usuários do SUS. No entanto, apesar do aumento gradativo do uso destas ferramentas, nota-se a subutilização das potencialidades destas tecnologias implantadas nos serviços de saúde (Vendruscolo *et al.*, 2020).

Através das novas TIC, a conexão entre a *internet* e outros dispositivos, como *smartphones* e computadores, proporciona que uma pessoa comum seja capaz de produzir uma informação e compartilhá-la de forma global e em tempo real (Pereira, 2022). Sendo assim, ocorre uma facilidade na disseminação de informações, fato que torna mais difícil a diferenciação de conteúdos confiáveis e falsos. Neste sentido, a área da saúde é a mais afetada pela propagação rápida de informações que nem sempre são verdadeiras, o que decorre do pouco conhecimento, da maioria da população, sobre saúde e também pela angústia em buscar informações sobre doenças (Sczepanhak *et al.*, 2023).

Segundo a UNESCO (2019), o conceito de desinformação se refere a uma informação falsa divulgada por uma pessoa que sabe que é falsa, que configura uma mentira intencional e deliberada. Enquanto a informação incorreta é definida como uma informação falsa que a pessoa que está divulgando acredita ser verdadeira. Nesse sentido, a OPAS (2020) define a desinformação como uma informação falsa com a intenção de enganar.

Apesar de estar na pauta política e na agenda de pesquisa, a desinformação não é um evento novo, porém, a facilidade de sua disseminação mudou, e atualmente tem alcance mundial através das plataformas e mídias sociais (Bezerra, 2022). Nesse contexto, a dissipação de informações falsas e a cultura da desinformação na área de saúde também não são novidade. Esse fenômeno tem se apresentado em proporção cada vez maior e mais rapidamente, o que aumenta os riscos à saúde da população, visto que muitas vezes contraria o que já existe de conhecimento científico (Galhardi *et al.*, 2020).

A saúde é uma das temáticas que possui cada vez mais informações disponíveis através das mídias digitais. Por meio da *internet*, redes sociais, *sites*, o número de pessoas buscando por informação sobre saúde também vem aumentando (Pereira, 2022). Entretanto, a quantidade de informações disponíveis, por muitas vezes acaba prejudicando a diferenciação entre informações corretas e erradas, interferindo no processo de decisão em relação à saúde (Silva; Santos, 2021). Este excesso de informação é chamado de infodemia. A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2020) define infodemia como a sobrecarga de informações, sejam elas corretas ou não, que dificulta a identificação de fontes confiáveis e prejudica o acesso a orientações seguras, contribuindo, assim, para a desinformação. Esse fenômeno se intensificou com a expansão das tecnologias digitais e impacta diretamente o comportamento da população diante de conteúdos relacionados à saúde.

Diante desse cenário, marcado não apenas pela abundância de informações, mas também pela dificuldade em avaliar sua credibilidade, torna-se evidente a importância da promoção da literacia em saúde. Essa competência diz respeito à capacidade dos indivíduos de

acessar, compreender, avaliar e aplicar informações de saúde de forma crítica, para tomar decisões conscientes relacionadas ao cuidado e à prevenção (Quemelo *et al.*, 2017). A ausência dessa autonomia compromete a efetividade das ações de promoção e prevenção, podendo levar a escolhas inadequadas e ao agravamento de condições evitáveis (Silva; Santos, 2021).

Segundo a OMS (2024), a literacia ou alfabetização em saúde não é responsabilidade apenas do indivíduo, pois todos os provedores de informações, incluindo governo, sociedade civil e serviços de saúde, devem permitir o acesso a informações confiáveis em um formato que seja compreensível e acionável para todas as pessoas. Ao melhorar o acesso às informações de saúde compreensíveis e confiáveis e sua capacidade de usá-las de forma eficaz, capacita as pessoas a tomar decisões sobre saúde.

Os profissionais da APS/ESF desempenham um papel estratégico, sendo responsáveis não apenas pelo cuidado clínico, mas também pela educação em saúde e pela promoção de práticas baseadas em evidências científicas. Em vista disso, além do domínio científico, necessitam intensificar o seu papel de educadores e de promotores de saúde, para a capacitação das pessoas na tomada de decisão relacionada à sua saúde, empoderamento dos usuários e fortalecimento da confiança no SUS (Freitas, 2019).

Nesse cenário de atuação profissional na APS, surge a questão norteadora dessa pesquisa: Quais estratégias educativas e tecnológicas de comunicação e informação são utilizadas por profissionais da APS/ESF durante o atendimento, e como essas práticas podem contribuir para o enfrentamento da desinformação em saúde na população?

Portanto, este estudo se justifica, porque a crescente circulação de informações incorretas e imprecisas em saúde, intensificada pela expansão das TICs e potencializada pela infodemia, representa um desafio crítico para a Atenção Primária à Saúde (APS). Nesse cenário, os profissionais da ESF exercem papel fundamental como agentes mediadores do conhecimento, atuando na interface direta (linha de frente) com a população, que enfrenta dificuldades crescentes para acessar e interpretar informações confiáveis.

Assim, faz-se necessário a avaliação das práticas de cuidados empregadas por esses profissionais, uma vez que sua efetividade pode fortalecer a literacia em saúde da população, ampliar a autonomia na tomada de decisões e contribuir significativamente para o enfrentamento da desinformação, que compromete a adesão a medidas preventivas e tratamentos eficazes. De mais a mais, os resultados desta pesquisa poderão promover a qualificação das práticas comunicacionais na APS e contribuir para o aprimoramento do cuidado integral e resolutivo, alinhado às diretrizes do SUS, favorecendo a equidade e a inclusão digital.

A presente dissertação resulta de minha trajetória profissional na APS. Atualmente sou enfermeira do setor da APS da Gerência Regional de Saúde de Xanxerê, e minha vivência junto aos serviços de saúde suscitou inquietações acerca dos desafios enfrentados no processo de comunicação em saúde, com destaque para a crescente disseminação da desinformação. Embora desenvolva minhas atividades na região onde o estudo foi realizado, não mantenho vínculo, tampouco atuação direta com os profissionais participantes da pesquisa.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Compreender as estratégias educativas e tecnológicas de comunicação e informação utilizadas pelos profissionais na APS/ESF durante o atendimento, visando a contribuir no enfrentamento da desinformação em saúde na população de abrangência da Gerência Regional de Saúde de Xanxerê (GERSA).

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as fontes e estratégias educativas de comunicação em saúde utilizadas pelos profissionais de saúde durante o atendimento na APS/ESF.
- Explorar a utilização das TIC pelos profissionais de saúde na APS/ESF para disseminação de informações em saúde.
- Analisar criticamente a percepção de profissionais de saúde da APS quanto à formação, ao preparo institucional e às lacunas existentes para o enfrentamento da desinformação em saúde.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: PILAR ESTRATÉGICO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

A APS é a ordenadora do cuidado e coordenadora das ações dentro dos componentes da Rede de Atenção à Saúde (RAS). APS orienta-se por princípios como a equidade, integralidade e participação social, sendo o primeiro contato do usuário com o sistema de saúde e desempenhando papel central na organização do cuidado contínuo (Starfield, 2002; Brasil, 2017).

Como estratégia estruturante, a APS organiza-se de forma territorializada, contínua e regionalizada, buscando responder de maneira integral às necessidades da população (Bender, 2024). Sua centralidade no sistema permite articular os diferentes pontos da rede, fortalecendo o vínculo entre usuários e equipes multiprofissionais bem como promovendo maior resolutividade das ações de cuidado. Além disso, a APS favorece a comunicação entre os serviços de diferentes pontos de atenção, contribuindo para a eficiência da gestão e a integralidade.

Entre os atributos essenciais da APS, destacam-se o acesso de primeiro contato, a longitudinalidade do cuidado, a coordenação e a integralidade da atenção. Já os atributos derivados, como a orientação comunitária, a competência cultural e o cuidado centrado na pessoa, tornam-se especialmente relevantes quando se analisa a função da APS na mediação da comunicação em saúde, na escuta qualificada e no enfrentamento da desinformação (Harzheim *et al.*, 2018).

Segundo Eugênio Vilaça Mendes (2011), o centro de comunicação das redes de atenção à saúde é constituído pela APS, sendo evidenciado que sistemas de saúde baseados em forte orientação para a APS são mais adequados, efetivos, eficientes, equitativos e de maior qualidade pois enfatizam a prevenção de doenças e a promoção da saúde.

A coordenação dos cuidados na APS busca melhorar a qualidade da assistência, reduzindo barreiras de acesso e promovendo a integração de serviços e ações no mesmo ponto de atenção e no território. A literatura define a coordenação como a integração de profissionais e serviços de saúde, utilizando mecanismos específicos para planejar, definir fluxos e monitorar a assistência, garantindo cuidados contínuos e adequados. Para superar a fragmentação

assistencial, a coordenação visa a aumentar a eficiência do sistema, com ênfase na comunicação entre diferentes serviços e profissionais (Mendes, 2011).

A integração dos pontos assistenciais e a criação de redes regionalizadas são essenciais para garantir acesso e equidade no atendimento. A APS, ao atuar como coordenadora da rede, facilita o acesso aos serviços de saúde, desempenhando papel central na organização do sistema. Em conjunto a isso, a ESF é um modelo que fortalece a APS, visando uma coordenação eficiente no contexto da RAS, como elo central da integração e organização do sistema (Almeida *et al.*, 2018).

Ao atuar de forma coordenada, acessível e integral, a APS tem o poder de transformar a saúde pública, melhorando os resultados de saúde da população e garantindo uma melhor qualidade de vida para os cidadãos, contribuindo para a sustentabilidade do sistema de saúde, uma vez que, evita-se a sobrecarga dos serviços de saúde de alta complexidade e reduz-se a pressão sobre hospitais e unidades de emergência (Brasil, 2017).

A proposta de um sistema baseado na APS favorece o fluxo da informação entre os pontos de atenção e garante que o cuidado ocorra de forma contínua e integrada. Para isso, o uso de tecnologias de informação e comunicação (TIC) tem potencial para qualificar a gestão da informação, melhorar a referência e contrarreferência, e aproximar os profissionais da realidade dos territórios. Assim, a comunicação em saúde é, portanto, um componente estratégico da APS. A escuta ativa, o diálogo e a tradução qualificada de informações técnicas para a linguagem da comunidade são práticas que integram o cotidiano das ESF (Brasil, 2017).

3.2 DIREITO AO ACESSO À INFORMAÇÃO ADEQUADA

O acesso à informação é direito garantido à população brasileira desde a Constituição Federal de 1988. Em seu artigo 5º reserva o direito ao acesso à informação e também à livre expressão da comunicação (Brasil, 1988). Fato é que as formas de acesso à informação modificaram-se muito ao passar das décadas até os dias atuais, principalmente pela chegada da *internet*. Todavia, o tema acesso à informação é pauta de discussão de órgãos governamentais há muitos anos, tanto que a Lei n.8.080/1990 dispõe sobre o direito da população à informação sobre saúde (Brasil, 1990).

Ao longo dos anos, conquistas importantes como o direito humano ao acesso amplo à informação e à livre expressão foram resultado de intensas lutas sociais e transformações políticas. Um marco significativo nesse processo foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde,

realizada em 1986, que apresentou propostas voltadas à democratização da comunicação, à participação popular e à efetivação da cidadania como elementos fundamentais na articulação entre saúde e comunicação (Stevanim; Murinho, 2021).

Atualmente, diante do avanço das TIC, do fenômeno da infodemia, da desinformação e de outras consequências dessa revolução digital, surge a inquietação sobre os impactos dessa geração e circulação de informações no cotidiano e na saúde das pessoas. Esse cenário evidencia a urgência de maiores investimentos em mecanismos de controle da disseminação de desinformação, bem como na ampliação do nível de literacia da população. Além disso, é essencial que os profissionais de saúde estejam capacitados para orientar a população diante da avalanche de informações incorretas ou enganosas que circulam, especialmente no campo da saúde.

Com o objetivo de conter a disseminação da desinformação, organizações não governamentais têm se mobilizado cada vez mais. Atualmente, existem diversos programas e agências de checagem de fatos, como a Aos Fatos, a Agência Lupa, o Boatos.org e o Projeto Comprova, que verificam a veracidade das informações divulgadas.

3.3 COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

A comunicação em saúde é um processo essencial à construção de vínculos, humanização e autonomia dos sujeitos (Pimentel; Souza; Mendonça, 2022). Evidências científicas comprovam como a melhoria na qualidade da comunicação entre profissional de saúde e usuário provoca impacto positivo na saúde, pois contribui para maior adesão ao tratamento, satisfação dos usuários e dos profissionais, recuperação mais rápida, redução de custos, menor índice de reclamações por má prática e maior segurança do paciente (Oliveira; Machado; Moreira, 2022).

Por outro lado, a deficiência na comunicação entre os profissionais de saúde pode prejudicar os usuários. Aponta-se que a comunicação perpassa todas as instâncias de trabalho na saúde, o que inclui usuários, trabalhadores e gestores e constitui fator primordial para aprimorar a segurança e a qualidade do atendimento ao paciente (Castelo *et al.*, 2024).

A busca por estratégias como melhorar a comunicação interprofissional, treinar as habilidades de comunicação, liderança compartilhada e a importância do trabalho colaborativo em equipe, são pontos necessários para aperfeiçoar a qualidade da assistência interprofissional na APS e identificar as melhores ações para o avanço de diversas práticas seguras do cuidado

na atenção básica. Contudo, ressalta-se a relevância do fortalecimento da comunicação eficaz na cultura de segurança com a equipe interprofissional, na perspectiva da redução de incidentes na APS (Castelo *et al.*, 2024).

No contexto da APS, a comunicação possui uma importância imensurável, pois, por ser porta de entrada preferencial dos serviços, os profissionais ficam mais expostos às demandas e solicitações da população, com a qual precisam manter o vínculo ao mesmo tempo em que o cuidado deve ser realizado de acordo com os princípios do SUS. Além disso, o modelo de assistência da APS visa à promoção da saúde e a prevenção de doenças, necessitando mudança de hábitos de vida, adesão aos cuidados e aos determinantes de saúde. A habilidade de comunicação dos profissionais se mostra essencial para manter uma boa relação com o usuário e, logo, melhor adesão e assertividade aos cuidados de saúde.

3.3.1 Comunicação em saúde como ferramenta estratégica: atribuições, competências e habilidades dos profissionais da APS

A comunicação é considerada um componente essencial do cuidado, pois permite a expressão de emoções, necessidades, medos e opiniões. É vista como um indicador importante da qualidade da atenção e constitui um elemento-chave para a promoção da segurança do paciente, pois é por meio da comunicação que o profissional estabelece relações com a equipe multidisciplinar, com os familiares e com o paciente. Além disso, por meio da comunicação eficaz, o profissional atua como agente ativo do processo comunicativo, utilizando habilidades para obter e fornecer informações sobre as condições clínicas, explicar procedimentos, identificar necessidades, acolher demandas e fortalecer o vínculo entre o paciente, a família e a equipe (Pereira *et al.*, 2023).

As relações entre enfermeiro e usuário constituem um indicador central da qualidade dos cuidados. Para além da assistência técnica, os pacientes demandam empatia, compreensão individualizada, clareza terapêutica e apoio emocional. A comunicação eficaz, nesse contexto, é um elemento mediador essencial, pois favorece a confiança nas intervenções propostas e promove maior adesão às orientações clínicas (Ardakani *et al.*, 2024).

O modelo dialógico de comunicação exige que os profissionais de saúde adotem uma postura mais receptiva, colaborativa e capaz de negociar com o usuário, levando em conta suas realidades e conhecimentos, e promovendo a interação entre todos os envolvidos no processo de cuidado à saúde. A utilização de uma comunicação mais horizontal, baseada em escuta

empática e no fortalecimento de vínculos, permite um atendimento mais resolutivo e eficaz na promoção à saúde (Coriolano-Marinus, 2014).

Por outro lado, pesquisas indicam que ainda predomina uma comunicação verticalizada, especialmente nas instituições de saúde, onde poucos espaços são dedicados ao diálogo e à participação ativa dos usuários. Esse modelo monológico, tradicionalmente utilizado nas práticas assistenciais, é caracterizado pela transmissão unidirecional de informações, onde os profissionais de saúde atuam como emissores de “informações corretas e científicas” e os usuários, considerados como "vazio" de conhecimento, assumem um papel passivo. Tal abordagem é vista como inadequada, pois reduz as questões de saúde a aspectos biológicos, desconsiderando as dimensões culturais, históricas e sociais dos indivíduos (Coriolano-Marinus, 2014).

Determinadas habilidades, quando incorporadas à comunicação com o usuário, podem contribuir significativamente para o fortalecimento da relação terapêutica. O autoconhecimento, por parte do profissional, acerca de seu estado emocional é fundamental, pois permite a identificação de possíveis interferências de seu humor na interação com o usuário, possibilitando, assim, um maior controle para evitar que emoções pessoais impactem negativamente o atendimento. Além disso, é essencial que o profissional de saúde adote uma postura de valorização e respeito ao usuário, reconhecendo que a busca pelo serviço geralmente está associada a situações de sofrimento, e que essa procura representa um ato de confiança, seja no profissional ou no serviço (Carrió, 2012).

A escuta ativa constitui outra competência essencial para uma comunicação eficaz. Mesmo em contextos de tempo restrito, é recomendável que, ao menos no primeiro minuto de atendimento, o profissional mantenha contato visual com o usuário, sinalizando atenção e interesse. O acolhimento também desempenha papel central na construção de uma relação de confiança, independentemente do número de vezes que o usuário já tenha sido atendido. Elementos como empatia, para linguagem (especialmente o tom de voz) e cordialidade são igualmente relevantes e devem ser intencionalmente mobilizados para promover uma comunicação efetiva e humanizada no contexto do cuidado em saúde (Carrió, 2012).

O estudo de Domingues (2021), realizado durante a pandemia, destaca o papel dos profissionais como comunicadores, enfrentando o desafio de investigar e compreender o comportamento dos públicos. A partir dessas evidências, busca-se fundamentar estratégias comunicativas eficazes diante do excesso de informações. Tais estratégias devem promover a autonomia informacional dos indivíduos, capacitando-os a distinguir entre conteúdos verídicos

e enganosos, de modo que possam adotar comportamentos adequados frente à disseminação da desinformação.

Outro estudo sobre comunicação, realizado por Santos *et al.* (2021), apresenta uma análise das principais estratégias de comunicação desenvolvidas durante a pandemia. O modelo informacional presente nas estratégias analisadas revela uma comunicação verticalizada e cristalizada, que se distancia da perspectiva da comunicação comunitária e dialógica, a qual reconhece os sujeitos sociais como participantes ativos na construção do processo comunicativo. Tal modelo desconsidera o conceito ampliado de saúde preconizado pelas políticas públicas, desqualificando os saberes populares e reforçando uma lógica hegemônica que restringe a saúde ao âmbito assistencialista.

Este modelo de comunicação predominante nas estratégias de todos os níveis de gestão foi informacional, linear e unidirecional, marcado pela transferência de informações. Nenhuma das estratégias apresentou comunicação dialógica, pois em todas o emissor foi considerado detentor do conhecimento e o receptor, um agente passivo (Santos, 2021).

Diante disso, estratégias eficazes de comunicação em saúde exigem uma abordagem em rede com a população, que considere suas percepções, crenças e dificuldades em seguir orientações. O engajamento comunitário torna-se fundamental para fortalecer a compreensão coletiva e, quando aliado à transparência informacional, contribui para ações mais coordenadas e eficazes.

3.4 INFODEMIA, DESINFORMAÇÃO E SAÚDE PÚBLICA: ENTRE A COMUNICAÇÃO E O CUIDADO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1998), saúde pública refere-se ao conjunto de ações, políticas e práticas voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde da população, com foco no coletivo. Essas ações visam à prevenção de doenças, à promoção da saúde e à organização social para assegurar o bem-estar geral. No entanto, a saúde pública tem enfrentado desafios significativos, os quais se intensificaram durante a pandemia de COVID-19, que se tornou um marco crítico na história da saúde pública mundial, ao evidenciar a infodemia como uma ameaça concreta à saúde coletiva (Domingues, 2021).

A infodemia, termo que designa o excesso de informações — muitas vezes imprecisas ou falsas — sobre um determinado tema, caracteriza-se pela rápida disseminação de conteúdos por meio das redes sociais e outras plataformas digitais. Esse fluxo elevado de informações,

que inclui rumores e desinformação, pode ser absorvido pela população em curto prazo, impactando diretamente no comportamento social e levando indivíduos a assumirem riscos desnecessários (OPAS, 2020).

De acordo com a ONU (2023), a desinformação é uma informação que não é apenas imprecisa, mas também tem a intenção de enganar e é espalhada para causar danos. Enquanto a informação falsa se refere à disseminação não intencional de informações imprecisas, compartilhadas de boa fé por aqueles que não sabem que estão transmitindo falsidades. Ambas podem trazer graves implicações na confiança, segurança e democracia, além de representar riscos significativos com consequências letais, sobretudo em contextos de crise, emergência ou conflito.

Juntando-se à desinformação e à informação falsa, existe ainda a *Fake News*, que é uma notícia falsa, onde o produtor do conteúdo tem o conhecimento que é falso, e dissemina aquela informação com o objetivo de manipular a opinião de quem vai recebê-la. Organizações que atuam na defesa da democratização da comunicação, tanto no Brasil quanto em outros países, têm adotado preferencialmente o conceito de desinformação, por sua abrangência conceitual. Essa escolha evidencia, de forma mais precisa, a presença de intencionalidade na produção e disseminação de conteúdos falsos, com o objetivo deliberado de enganar e desinformar a população (UNICEF, 2022).

Diante dessa realidade, Freire *et al.* (2021) destacam a complexidade de criar estratégias efetivas para conter a infodemia, dada sua relação com fatores estruturais como educação, política e cultura. A construção de soluções duradouras para esse fenômeno exige ações intersetoriais e contínuas, que não se limitem a curto prazo. Apesar desse desafio, é fundamental adotar abordagens claras e eficazes para mitigar a disseminação deliberada de desinformações em saúde pública, uma vez que tais práticas comprometem políticas públicas, causam desorganização e podem resultar em mortes evitáveis. As ações contra a desinformação devem buscar um equilíbrio: proteger a liberdade de expressão sem permitir que conteúdos falsos se sobreponham ao direito coletivo à vida e à informação de qualidade. Assim, deve-se evitar a censura, mas também limitar o uso nocivo de opiniões pessoais em prejuízo do bem comum.

Nesse contexto, orientar a população sobre a importância de verificar a veracidade e a origem das informações antes de compartilhá-las é uma das principais estratégias para conter os efeitos da infodemia. Valorizar a qualidade das informações, em detrimento da quantidade, é essencial para garantir um ambiente informativo mais seguro e confiável (Garcia; Duarte, 2020).

De acordo com a OMS (2023), quando as pessoas estão confusas ou sobrecarregadas por um grande volume de informações, torna-se difícil identificar fontes confiáveis sobre saúde. Essa sobrecarga informacional, muitas vezes marcada por contradições, dificulta o discernimento entre conteúdos relevantes e imprecisos, afetando não apenas a população em geral, mas também os gestores e profissionais da saúde que buscam embasamento seguro para a tomada de decisões. Além disso, o fluxo constante e intenso de informações pode gerar uma sobrecarga cognitiva, contribuindo para o surgimento de quadros de ansiedade, depressão e exaustão. Essa condição compromete a capacidade da população de responder adequadamente às exigências do contexto sanitário (Garcia; Duarte, 2020).

Considerando a alta interconectividade global, impulsionada principalmente pelo avanço das tecnologias da informação e pela popularização das redes sociais digitais, a erradicação total da infodemia é praticamente inviável. A velocidade e a abrangência com que conteúdos, sejam eles verídicos ou falsos, se propagam globalmente ultrapassam as fronteiras geográficas, culturais e institucionais, dificultando o controle de narrativas distorcidas sobre saúde (Domingues, 2021). Assim, a infodemia torna-se um fenômeno persistente e dinâmico, que desafia não apenas os sistemas de comunicação, mas também a própria governança em saúde pública. A sua contenção e mitigação exigem esforços articulados e contínuos, envolvendo organizações de saúde nacionais e internacionais, governos em diferentes esferas, os meios de comunicação tradicionais e digitais, e a sociedade civil organizada.

A desinformação em saúde vai além da mera propagação de informações falsas. Em muitos casos, ela é deliberadamente produzida e disseminada com a intenção de causar dano a indivíduos ou grupos, sem qualquer embasamento científico. Esse fenômeno tornou-se um sério problema de saúde pública, especialmente no que diz respeito à adesão da população às medidas de prevenção e proteção (Santos *et al.*, 2022). Além disso, compromete a credibilidade da ciência e das instituições de saúde, gerando dúvidas na sociedade e dificultando respostas eficazes às necessidades coletivas. A desinformação contribui para o afastamento da prática da medicina baseada em evidências, minando a confiança em recomendações técnicas e científicas (Galhardi *et al.*, 2020; Santos *et al.*, 2022).

Os impactos mais severos da desinformação em saúde foram vivenciados durante a pandemia de COVID-19, período em que se evidenciou a vulnerabilidade da população frente à circulação de conteúdos falsos e enganosos. A ausência de uma resposta oficial coordenada e fundamentada na ciência resultou em prejuízos significativos, tanto sanitários quanto econômicos. Além disso, a postura negacionista e a omissão de lideranças políticas

contribuíram para atitudes de minimização da crise, configurando uma ameaça direta ao bem-estar coletivo (Brown, 2020).

É imprescindível que os atores governamentais e formuladores de políticas públicas desenvolvam estratégias integradas de educação midiática e sanitária, baseadas na transparência, na promoção da literacia em saúde e na valorização de fontes confiáveis. Na APS, esse desafio assume contornos ainda mais críticos, uma vez que profissionais de saúde lidam diretamente com a população e são frequentemente a primeira fonte de informação e orientação. Portanto, fortalecer a capacidade crítica e comunicacional desses profissionais torna-se essencial para o enfrentamento da infodemia e para a promoção de uma cultura de cuidado pautada na ciência, na escuta qualificada e no vínculo com os usuários.

3.5 LITERACIA EM SAÚDE

Os primeiros estudos sobre literacia em saúde na literatura acadêmica nacional surgiram em meados dos anos 2000, trazendo os termos alfabetização e letramento em saúde como tradução do conceito *health literacy*. Apenas uma década depois o termo literacia em saúde foi adotado numa perspectiva mais ampliada e avançada, como um conceito mais abrangente, considerando as novas e crescentes exigências de compreensão do cuidado e da promoção da saúde, e uso de informações sobre saúde na vida cotidiana dos indivíduos e grupos da população, favorecendo o processo de tomada de decisão (Peres, 2025).

De acordo com a OMS (2024), a literacia em saúde pode ser definida como a capacidade de acessar, compreender, avaliar e usar informações relacionadas à saúde de maneira eficaz, de forma a promover e manter a saúde e o bem-estar para si mesmo e para as pessoas ao seu redor. O conhecimento e as competências pessoais são mediados pelas estruturas organizacionais e pela disponibilidade de recursos que permitem aos cidadãos desempenhar um papel ativo na melhoria da sua própria saúde, envolvimento em ação comunitária em prol da saúde, responsabilização dos governos pela abordagem da saúde e da equidade na saúde.

A partir de uma abordagem ampliada da literacia em saúde, essa foi organizada em três níveis distintos: funcional, interativo/comunicativo e crítico. O nível funcional refere-se às competências mais básicas, ligadas ao letramento em saúde, como a habilidade de ler, compreender e aplicar informações simples, por exemplo, prescrições médicas, bulas e orientações sobre dosagens de medicamentos. Já o nível interativo/comunicativo envolve habilidades cognitivas mais desenvolvidas associadas a competências sociais, destacando-se a

capacidade de trocar informações sobre saúde de forma eficaz no convívio com familiares, profissionais da área, colegas de trabalho e outros membros da comunidade. Por fim, o nível crítico diz respeito à capacidade de analisar, contextualizar e questionar informações em saúde, tanto para si mesmo, quanto para terceiros e instituições (Peres; Rodrigues; Silva, 2021).

Esse conceito ampliado de literacia em saúde tem se consolidado como relevante na pesquisa, na prática clínica e, especialmente, na saúde pública. Pesquisas demonstram sua associação com determinantes sociais, comportamentos em saúde, desfechos clínicos, acesso e uso de serviços, qualidade do sistema de saúde e mortalidade precoce. Sobretudo, um alto índice de literacia torna-se uma ferramenta de empoderamento dos indivíduos em relação à saúde (Pavão; Werneck, 2021).

Diversos estudos na área de educação em saúde estabelecem uma relação entre o nível de escolaridade e a capacidade dos indivíduos de tomar decisões relacionadas à sua saúde, seguindo uma lógica de que indivíduos com maior escolaridade teriam um nível mais alto de literacia em saúde. Nessa perspectiva, a literacia em saúde está diretamente relacionada à capacidade do indivíduo de compreender e utilizar informações em contextos de cuidado e segurança em saúde. Isso inclui habilidades para ler textos, interpretar orientações verbais e lidar com informações numéricas em situações como: leitura de prescrições médicas e bulas de medicamentos, seguimento de instruções para cuidados domiciliares e cálculo de doses de insulina por usuários insulino dependentes (Peres; Rodrigues; Silva, 2021).

Além da escolaridade, outros fatores também estão relacionados ao nível da literacia em saúde, como a experiência pessoal a crenças culturais, costumes, identidades sociais, o acesso à informação e aos serviços de saúde (Peres; Rodrigues; Silva, 2021), populações vulneráveis como idosos e residentes de áreas rurais (Mendonça; Souza, 2025).

A literacia em saúde tem o potencial de transformar o indivíduo de um agente passivo para um protagonista ativo no cuidado com a sua própria saúde. Ao adquirir conhecimento e compreensão, a pessoa assume o controle sobre as decisões que afetam seu bem-estar, contribuindo de forma contínua para a sua melhoria. É nesse contexto que se concretiza a participação social, quando o cidadão deixa de ser mero coadjuvante e passa a ser o sujeito principal na construção do seu percurso de saúde, orientando-se para alcançar o mais alto nível de funcionalidade possível (Saboga-Nunes *et al.*, 2019).

Habilidades aprimoradas de pensamento crítico podem tornar os usuários mais resilientes contra a manipulação digital (ONU, 2023). A literacia/letramento digital fortalece o pensamento crítico, permitindo a análise e o reconhecimento de informações confiáveis em meio à desinformação. Programas de treinamento têm demonstrado eficácia na melhoria da

capacidade dos participantes em identificar e rejeitar conteúdos falsos. Por isso, iniciativas globais de letramento em saúde são essenciais para orientar o uso responsável do conteúdo digital e promover decisões informadas, através da capacitação de indivíduos, famílias, comunidades, educadores, comunicadores, profissionais e gestores da saúde. Assim, é fundamental a elaboração de estratégias que fortaleçam a literacia, criando mecanismos eficazes para prevenir a desinformação. Para superar esses desafios, é essencial a cooperação entre governos, instituições educacionais e de saúde, além da sociedade civil, visando a garantir um ambiente informacional confiável e íntegro (Mendonça; Souza, 2025).

3.6 TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO COMO INSTRUMENTOS DE CUIDADO NA APS

A utilização das TIC na área da saúde auxiliam a execução dos processos de trabalho e gestão refletindo na assistência à saúde ofertada à população. Seu uso vem crescendo desde quando começaram a surgir os primeiros sistemas de informação, na década de 90, com destaque para o Sistemas de Informações Hospitalares (SIH), Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC), Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), e posteriormente a partir de 2004, com o Sistema Único de Saúde (SUS) ocorreu uma regulamentação e atualização dos sistemas, alguns ainda utilizados atualmente (Bender *et al.*, 2024).

Além dos sistemas de informação, outros dispositivos tecnológicos tornaram-se aliados à APS, como computadores, *hardware*, *smartphones*, *tablets*, *software*, *internet* e telefonia, com o intuito de alcançar a melhor comunicação entre profissionais e entre os pontos da rede (Bender *et al.*, 2024).

O acesso à *internet* e às redes de telefonia móvel crescem constantemente. Os *smartphones* e seus aplicativos são uma das ferramentas que ganharam maior destaque na utilização para educação em saúde e atendimento aos usuários, principalmente o *WhatsApp* pela funcionalidade do compartilhamento em tempo real de informações através de texto, áudio, imagens e vídeos (Oliveira *et al.*, 2023).

Embora ainda seja um desafio para a APS no Brasil, as TIC vêm se destacando como fundamentais para qualificação da prática profissional e cuidado aos usuários (Bender *et al.*, 2024). Os principais desafios apontados pelos enfermeiros na utilização das TIC são a estrutura de rede e equipamentos inadequados, *internet* insuficiente para profissionais e pacientes, o

despreparo dos profissionais e a necessidade da utilização de recursos próprios para acesso à *internet*. Enquanto nas facilidades destacam-se o registro das informações de forma mais organizada e acessível, organização do processo de trabalho do enfermeiro, rapidez das informações entre profissionais e secretaria de saúde, comunicação entre profissionais e também entre profissional e paciente através de orientações sobre saúde à distância (Oliveira *et al.*, 2023).

O estudo de Orth *et al.* (2022) reforça que, embora o uso das TIC represente uma alternativa promissora no campo do trabalho, ainda persistem diversos obstáculos à sua efetivação. Entre esses desafios, destacam-se barreiras de ordem estrutural, como a falta de equipamentos adequados (computadores, celulares, acesso à *internet* e espaços apropriados), além das dificuldades enfrentadas por populações em situação de vulnerabilidade, incluindo idosos e pessoas de baixa renda, que muitas vezes não dispõem dos recursos, conhecimentos ou condições necessárias para utilizar essas tecnologias de forma eficaz. Especificamente em relação ao uso do *WhatsApp*, embora a ferramenta facilite a comunicação com os usuários ao permitir o repasse ágil de informações, também impõe desafios aos profissionais de saúde. Destaca-se, entre esses, o elevado volume de mensagens recebidas, o que demanda tempo e constante disponibilidade para responder, impactando na organização do trabalho e na gestão do tempo desses profissionais.

Por outro lado, estudos destacam a necessidade urgente de atualizar os currículos de formação dos profissionais de saúde, incorporando módulos específicos de capacitação digital para prepará-los adequadamente ao uso das TIC no trabalho cotidiano. Destacando especialmente, a importância de qualificar os Agentes Comunitários de Saúde e os Agentes de Combate às Endemias, para enfrentar a desinformação, aprimorando seu letramento digital e suas habilidades comunicativas. Esse desenvolvimento é essencial para fortalecer sua capacidade de identificar informações falsas e oferecer orientações seguras e eficazes à população (Mendonça; Souza, 2025).

Apesar dos avanços, nas estratégias de inclusão digital do governo federal, ainda persistem desafios significativos. Entre eles, destacam-se a carência de capacitação dos profissionais e trabalhadores do SUS, particularmente no que diz respeito ao letramento digital, a falta de integração entre os sistemas de informação em saúde, os elevados custos operacionais, e os obstáculos relacionados aos próprios pacientes como: baixa educação em saúde, desigualdade socioeconômica, resistência de ordem cultural e social, desconhecimento dos benefícios da saúde digital e limitado letramento digital (Espíndola; Grisolia; Oliveira, 2024).

3.8 HABILIDADES ESSENCIAIS PARA ENFRENTAR A DESINFORMAÇÃO

A desinformação em saúde configura-se como um desafio global, com potencial para gerar impactos significativos na saúde coletiva. Diante desse cenário, torna-se fundamental adotar estratégias que favoreçam a verificação da veracidade das informações. Nesse sentido, o MS por meio do Programa Saúde com Ciência, aborda a temática da desinformação com o objetivo de fomentar o pensamento crítico na população e desenvolver habilidades para sua identificação. A iniciativa orienta os cidadãos quanto à verificação da fonte e da data de publicação das informações, à consulta de canais oficiais e à importância de denunciar conteúdos que disseminem desinformação, promovendo, assim, o fortalecimento de uma cultura de checagem e confiabilidade da informação em saúde (Brasil, 2024a).

Quadro 1 - Estratégias para enfrentar a desinformação

Estratégia	Descrição
Verificar a fonte	Avaliar se a fonte da informação é confiável e reconhecida; Pesquise sobre o site, autor ou instituição; Verificar se é conhecido e respeitado.
Checar outras fontes	Comparar a informação com outras fontes confiáveis; Verificar se veículos sérios também estão noticiando o mesmo fato.
Analisar a data	Checar se a informação é atual e está contextualizada corretamente.
Investigar o autor	Verificar se o autor é real e tem credibilidade; Procurar o nome do autor e seu histórico e outras publicações.
Avaliar o tom da mensagem	Identificar se há linguagem alarmista, emocional ou sensacionalista; Desconfie de mensagens que incitam medo, ódio ou urgência excessiva.
Procurar evidências e dados	Checar se há fontes, números e estudos que sustentam a informação; Informações sérias costumam ter dados, links ou referências verificáveis.
Cuidado com títulos chamativos	Leia a matéria completa antes de compartilhar, não apenas o título; Títulos exagerados podem ser iscas de clique.
Paciência e persistência	Mudar crenças e comportamentos pode levar tempo, muitas vezes sendo necessário repetir informações e oferecer suporte contínuo para ajudar as pessoas a absorverem e aceitarem a informação correta
Empatia e promoção do diálogo	Reconhecer as preocupações e dúvidas dos usuários de forma respeitosa e empática, pode ajudar a aumentar a receptividade à informação correta.
Enfatize a importância da prevenção	O profissional de saúde é também um educador, ensina os usuários sobre como identificar e evitar a propagação de informações incorretas.

Fonte: Elaboração própria (2025) a partir OPAS (s.d.); Brasil (2024a); Brasil (2024b).

O enfrentamento da desinformação pelos profissionais de saúde exige sensibilidade e estratégias que considerem a complexidade dos sujeitos envolvidos. As pessoas afetadas por informações falsas são inseridas em contextos socioculturais específicos, possuem crenças, valores e experiências que influenciam sua percepção da realidade. Dessa forma, a desconstrução de conteúdos equivocados deve ocorrer por meio de um processo dialógico, pautado na argumentação respeitosa e na escuta qualificada (Brasil, 2024b).

No contexto do SUS, os profissionais de saúde mantêm contato direto com a população em diferentes espaços, tanto nos serviços públicos, como unidades básicas de saúde e hospitais, quanto em visitas domiciliares, realizadas pela ESF, mas principalmente pelos ACS. Essa proximidade favorece a construção de vínculos e o estabelecimento de um canal permanente para escuta ativa de dúvidas, receios e percepções relacionadas aos cuidados em saúde.

A análise de políticas públicas evidencia a valorização do empoderamento individual, da escolha informada e do desenvolvimento de habilidades para promover saúde e autocuidado, reconhecendo a importância da autonomia do usuário em suas escolhas, por meio de ações educativas. Na Política Nacional de Atenção Básica, esses enfoques manifestam-se de forma clara na diretriz do cuidado centrado no usuário, que busca promover o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e competências necessárias para que os indivíduos possam gerir sua própria saúde e tomar decisões conscientes sobre sua vida. Além disso, estão presentes na diretriz que estabelece a longitudinalidade da atenção à saúde, reforçando a continuidade do cuidado como elemento essencial para a autonomia e o fortalecimento do vínculo entre usuário e equipe de saúde (Fittipaldi; O'Dwyer; Henriques, 2021).

O estudo de Pinheiro e Bittar (2018) apresenta diversas estratégias voltadas para a educação em saúde, todas com o propósito de compartilhar informações e promover o conhecimento sobre temas diversos, definidos conforme as necessidades e interesses da comunidade ou dos usuários. Entre as metodologias utilizadas, destacam-se jogos educativos, programas de rádio, dinâmicas de grupo, leitura de textos, atividades práticas, oficinas e rodas de conversa.

Diante desse cenário, torna-se fundamental que os profissionais utilizem uma linguagem clara, acessível e culturalmente adequada, com o objetivo de esclarecer informações incorretas e promover a literacia em saúde. A comunicação deve buscar não apenas informar, mas também empoderar os cidadãos para que possam realizar escolhas mais conscientes, baseadas em evidências científicas, no exercício de seus direitos à saúde. Ao corrigir uma informação falsa, é importante apresentar a correção logo no início e, em seguida, explicar com clareza os erros

do conteúdo. Esse esclarecimento ajuda o cidadão a refletir criticamente e contribui para frear a disseminação da desinformação (Brasil, 2024b).

Assim, os profissionais de saúde desempenham um papel central no enfrentamento da desinformação, ao oferecer informações precisas, sustentadas pelo conhecimento científico, bem como ao orientar a população sobre fontes confiáveis de consulta e atualização sobre temas relacionados à saúde pública (Brasil, 2024b).

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de um estudo de natureza exploratória e descritiva, com abordagem qualitativa, no qual se utilizou a entrevista individual, orientada por um roteiro semiestruturado, como principal técnica de coleta de dados. Essa estratégia foi considerada a mais adequada para o alcance dos objetivos propostos, por possibilitar maior aprofundamento e detalhamento das informações obtidas.

Foi conduzida uma revisão de literatura, com ênfase na análise interpretativa e subjetiva das produções científicas, visando à contextualização teórica do tema. O recorte temporal compreendeu os últimos cinco anos, sendo os materiais analisados majoritariamente compostos por artigos científicos indexados nas bases de dados PubMed, BVS, MEDLINE, SciELO e Portal de Periódicos CAPES.

A pesquisa qualitativa caracteriza-se pela descrição minuciosa dos fenômenos e de seus componentes, conferindo especial relevância aos discursos e significados atribuídos pelos sujeitos envolvidos. Sob essa ótica, os dados coletados são predominantemente descritivos, com ênfase do pesquisador no acompanhamento do processo e na compreensão aprofundada do desenvolvimento do problema investigado (Augusto, 2013).

Para Lakatos e Marconi (2017), a pesquisa qualitativa é uma abordagem metodológica focada na compreensão profunda dos fenômenos, com ênfase nas experiências e significados dos sujeitos investigados. O objetivo não é necessariamente medir ou testar hipóteses de forma numérica, mas sim explorar a dinâmica social, cultural e comportamental de um grupo ou fenômeno.

No estudo com abordagem qualitativa, o objetivo não é gerar dados objetivamente mensuráveis, mas aprofundar a compreensão de um fenômeno. Desta forma, a validade da pesquisa não se dá pelo tamanho da amostra, mas pela profundidade com que o estudo é realizado. Nesse caso, recursos aleatórios e intencionais podem ser usados para fixar a amostra, considerando uma série de condições, como sujeitos, esclarecimento, tempo, entre outros (Augusto, 2013).

A entrevista individual é a técnica mais utilizada no processo de trabalho qualitativo empírico, se caracteriza por sua forma de organização e utilidade para os estudos a que se destina. A modalidade de entrevista individual semiestruturada, combina um roteiro com

questões previamente formuladas e outras abertas, permitindo ao entrevistador um controle maior sobre o objeto de estudo e, ao mesmo tempo, com espaço para uma reflexão livre e espontânea do entrevistado (Minayo, 2018).

Conforme Duarte (2002), o entrevistador, além da escuta ativa, precisa estar atento aos ritmos e expressões gestuais realizadas durante a fala do entrevistado. Corroborando, Minayo (2018) menciona que a entrevista instiga a falar sobre determinado tema e, sendo assim, é indicado que o entrevistador incorpore elementos do contexto de sua realização, como elementos de relações, atitudes, práticas, cumplicidades, omissões e outros elementos da vida social que marcam o cotidiano.

4.2 CENÁRIO DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada nos municípios de abrangência da Gerência Regional de Saúde (GERSA) de Xanxerê, região oeste do Estado de Santa Catarina, a qual inclui 21 municípios. abrangendo uma população total de de 207.805 habitantes, conforme dados do IBGE (2022).

Os municípios que fazem parte da GERSA de Xanxerê/SC são: Abelardo Luz, Bom Jesus, Campo Erê, Coronel Martins, Entre Rios, Faxinal dos Guedes, Galvão, Ipuacú, Jupiá, Lajeado Grande, Marema, Novo Horizonte, Ouro Verde, Passos Maia, Ponte Serrada, São Bernardino, São Domingos, São Lourenço do Oeste, Vargeão, Xanxerê e Xaxim.

O território possui uma discrepância importante entre os municípios quando se compara condições econômicas, sociais, de saúde e de desenvolvimento, conforme a avaliação do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). Percebe-se uma diferenciação importante entre os municípios da GERSA, sendo o pior IDH 0,657 do município de Entre Rios e o melhor IDH, 0,752, do município de Xaxim (IBGE 2022).

Da mesma forma, os próprios indicadores de avaliação e desempenho em saúde da APS, utilizados pelo MS através do antigo Programa Previne Brasil, apresentam dados bem diversificados no Indicador Sintético Final (ISF). No último quadrimestre avaliado com dados disponibilizados do ano de 2022, pode-se observar dois municípios com nota máxima sendo eles, Ipuacu e Novo Horizonte, enquanto outros ficaram com ISF 7,5 e 7,6, respectivamente os municípios de Entre Rios e Xanxerê. E quando avaliamos o ano de 2022, a disparidade é maior ainda, pois, enquanto o município de Ipuacu atingiu nota máxima, outros municípios ficaram com índice baixo, como o município de Marema com ISF de 4,65 (DAPS, 2024). Isso sugere uma melhoria nos indicadores, avaliando superficialmente os dados, porém ainda com

diferenças significativas entre os municípios. E essa diferença pode representar a distinção dos serviços prestados na APS na região, visto que esse índice é formulado com base em vários indicadores de desempenho.

Além disso, os municípios possuem uma diferenciação importante quando se trata de tamanho territorial e população, sendo Abelardo Luz o maior município em extensão territorial com 953,992 km², e Bom Jesus, o menor com 63,883 km². Já quando se trata do número de habitantes, Xanxerê é o município mais populoso, com 51.607 pessoas e Lajeado Grande o município com a menor população, com 1.702 habitantes (IBGE, 2022). Diante das peculiaridades entre os municípios da região, propôs-se a realização da pesquisa nos diferentes municípios da GERSA de Xanxerê/SC, pois muitas vezes, aspectos específicos do município podem influenciar a forma como a gestão de saúde é realizada. Desta forma, garantiu-se uma entrevista de cada município da região da pesquisa, obtendo a participação de profissionais de municípios de maior porte, como também nos municípios de pequeno porte.

Mesmo diante do cenário apresentado, cabe destacar que a região foi escolhida por conveniência, considerando que a pesquisadora principal atua na região proposta para pesquisa, com conhecimento prévio da realidade local, o que favorece a aproximação com os participantes da pesquisa, bem como a compreensão contextualizada dos fenômenos investigados. Apesar da atuação como coordenadora na região, a pesquisadora não possui vínculo como chefia imediata dos participantes.

Os profissionais de saúde participantes responderam à entrevista individual na Unidade Básica de Saúde (UBS) de seu município de atuação, em ambiente reservado sendo algum consultório ou sala disponibilizada pela equipe, durante o horário de expediente, com contato e agendamento prévio de acordo com a disponibilidade do profissional entrevistado.

4.3 PARTICIPANTES

De acordo com os dados do painel de monitoramento da SES/SC, a GERSA de Xanxerê possui 77 Equipes de Saúde da Família (ESF), em 64 estabelecimentos de saúde entre os cadastrados em UBS e posto de saúde, com total de 925 profissionais de saúde cadastrados, sendo enfermeiros, médicos, técnicos e/ou auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS) (DAPS, 2025).

A distribuição no quantitativo de ESF em cada município varia de acordo com o teto estabelecido na Política Nacional de Atenção Básica, sendo este baseado na população adscrita

no território (Brasil, 2017). A maioria dos municípios da GERSA de Xanxerê, são de pequeno porte, possuindo apenas uma ESF, são eles: Bom Jesus, Coronel Martins, Entre Rios, Jupiaí, Lajeado Grande, Marema, Novo Horizonte, Ouro Verde e São Bernardino. Os municípios de Galvão, Passos Maia e Vargeão possuem duas ESF. Os municípios de Campo Erê, Ipuacú, Ponte Serrada e São Domingos possuem quatro ESF. Já Faxinal dos Guedes possui cinco ESF no município e Abelardo Luz possui oito ESF homologadas. Os municípios de São Lourenço do Oeste e Xaxim possuem nove ESF, e Xanxerê, o município de maior porte da região, também possui o maior número de ESF totalizando quinze equipes (DAPS, 2025).

O cenário para a pesquisa teve escolha intencional, por conveniência de logística nos municípios da região. Conforme estimado, contou-se com a participação de 21 profissionais, não ocorrendo encerramento antecipado da coleta de dados por saturação das informações.

Participaram do estudo os profissionais de saúde que atuam na ESF da UBS sorteada, de acordo com os critérios de seleção. Entre os critérios de inclusão estabelecidos considerou-se: ser profissional de saúde com nome registrado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) vinculado à ESF, possuir, no mínimo, dois anos de experiência profissional e pertencer à categoria prevista na composição mínima da equipe de ESF, a saber: enfermeiro, médico, técnico e/ou auxiliar de enfermagem ou Agente Comunitário de Saúde (ACS). Como critérios de exclusão definiu-se a não participação de profissionais que atuassem na UBS, mas estivessem cadastrados em outra ESF, bem como daqueles com tempo de atuação inferior a dois anos. Ressalta-se, contudo, que não houve necessidade de aplicação dos critérios de exclusão.

4.4 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

Para investigar as estratégias educativas e tecnológicas de comunicação e informação utilizadas pelos profissionais na APS/ESF foi realizada a coleta de dados por meio de roteiro semi-estruturado, elaborado pelas pesquisadoras com base nas leituras e referenciais do estudo, aplicado através de entrevistas individuais com a população da pesquisa.

Após o desenvolvimento do roteiro, foi realizado um pré-teste do instrumento com uma profissional enfermeira, no dia 27/05/2025, com duração de 27 minutos. O objetivo foi verificar se o instrumento atendia aos propósitos da pesquisa. Com base nos resultados obtidos, foram realizados ajustes visando aprimorar a clareza e a adequação do instrumento.

A coleta de dados iniciou somente após aprovações éticas. Para aprovação e autorização dos gestores municipais de saúde foi solicitada inserção do projeto na pauta da Reunião da Comissão de Intergestores Regional (CIR), a qual ocorre mensalmente, no período da tarde, no auditório da AMAI, no município de Xanxerê, obtendo aprovação de forma unânime pelos gestores municipais de saúde presentes. A aprovação do projeto em reunião da CIR pelos gestores municipais de saúde, também contou com a aprovação e presença da Gerente Regional da GERSA de Xanxerê e Apoiador Regional do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS).

Para a coleta de dados, inicialmente, foi realizado um sorteio através de um sorteador *online* gratuito, para os municípios que possuem mais de uma ESF. As ESF foram numeradas e a equipe sorteada foi a escolhida para participar da pesquisa. Após a definição das 21 ESF, sendo uma de cada município da GERSA de Xanxerê, foi realizado novo sorteio para a escolha dos profissionais de saúde que participaram da pesquisa. A lista nominal com os profissionais da ESF foi retirada do CNES e contou com numeração para facilitar a realização do sorteio. Após o sorteio dos 21 profissionais de saúde, foi realizado contato telefônico com a coordenação da APS de cada UBS sorteada e com o profissional, para agendamento da entrevista, com sugestões de datas e horários, porém a escolha foi destinada ao entrevistado conforme sua disponibilidade.

Foi utilizada a técnica de entrevista para a coleta de dados, realizada de forma presencial durante o horário de expediente na UBS do entrevistado, em sala privativa, a fim de proporcionar melhor acolhimento e escuta ativa. No início de cada entrevista, foram apresentados brevemente o objetivo do projeto e sua relevância, sendo realizada a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e do termo de autorização para gravação de voz. As entrevistas tiveram tempo médio de 17 minutos, com gravação de voz para posterior organização e análise dos dados.

Diante da realização da coleta de dados através de entrevista foi utilizado o *Consolidated criteria for reporting qualitative research* (COREQ) traduzido e validado para a língua portuguesa, para maior rigor e qualidade do estudo.

As entrevistas foram conduzidas pela pesquisadora mestranda em enfermagem, que atua como coordenadora do setor da APS da GERSA Xanxerê, porém sem chefia imediata com os participantes, sob orientação de professora e pesquisadora doutora em saúde coletiva.

O roteiro para entrevista individual possuía 14 perguntas, que buscavam identificar a percepção do profissional de saúde entrevistado sobre sua atuação quando se trata de estratégias utilizadas para o enfrentamento da desinformação, a percepção do profissional de saúde em

relação ao comportamento do usuário e/ou comunidade frente à informação ou desinformação em saúde. Foi dividido em três blocos, sendo o primeiro com informações do perfil do entrevistado, como idade, tempo de atuação e categoria profissional. O segundo bloco com perguntas voltadas à comunicação em saúde e o terceiro bloco foi formado por perguntas com tema sobre desinformação em saúde.

Para a análise dos dados foi utilizada a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) que reúne depoimentos com sentidos semelhantes conferindo densidade e riqueza semântica às representações. O DSC é uma técnica qualitativa de análise e interpretação de dados, especialmente utilizada em pesquisas que buscam compreender representações sociais. Sua principal característica é a sintetização de múltiplos depoimentos individuais em um discurso único, que reflete o pensamento coletivo de um grupo em relação a um determinado tema. Essa técnica tem como objetivo organizar e apresentar as representações sociais de forma coletivizada, criando um "discurso único" a partir de múltiplos depoimentos, mantendo a diversidade dos sentidos e permitindo que o leitor perceba a coletividade por meio da primeira pessoa do singular (Lefevre; Lefevre; Marques, 2009).

A técnica do DSC reúne depoimentos com sentidos semelhantes, selecionados a partir de entrevistas ou outros dados qualitativos, e os reescreve em uma única narrativa, preservando o sentido coletivo. Resultando em um texto que simula a fala de um grupo, apresentando suas representações sobre determinado fenômeno de forma mais densa e agregada (Lefevre; Lefevre; Marques, 2009).

Tendo em vista que as representações são esquemas sociocognitivos acessíveis por meio de depoimentos individuais, propõe três níveis de complexidade: a articulação entre o virtual, o individual e o coletivo na formação das representações; a construção metodológica dos discursos coletivos via DSC; e o diálogo entre o substrato empírico e o metadiscurso teórico do pesquisador. A análise destaca que, ao invés de subordinar os dados à teoria, o DSC propõe uma relação horizontal entre descrição e interpretação, compatível com uma ciência que reconhece a complexidade dos fenômenos sociais (Lefevre; Lefevre; Marques, 2009).

O DSC consiste na identificação das Expressões-Chave nas respostas dos participantes, seguidas da formulação das respectivas Ideias Centrais, que sintetizam os conteúdos discursivos. A partir dessas etapas, são construídos os DSC, que representam, de forma articulada, o pensamento compartilhado por um grupo ou coletividade, como se fosse um discurso individual (Lefevre; Crestana; Cornetta, 2002).

Como parte do processo de organização e sistematização dos dados qualitativos, foi utilizada a ferramenta de inteligência artificial generativa ChatGPT Plus(OpenAI)

exclusivamente como apoio na sistematização preliminar, organização e estruturação do corpus de dados para análise, sendo que todas as decisões metodológicas e analíticas, incluindo seleção final das expressões-chave, definição das ideias centrais, composição dos agrupamentos, elaboração definitiva dos DSC e interpretação dos resultados, foram realizadas pela pesquisadora, à luz do referencial de Lefèvre e Lefèvre.

Respeitando as recomendações internacionais de transparência metodológica para pesquisas qualitativas, a ferramenta de Inteligência Artificial Generativa foi empregada apenas para auxiliar na organização matricial das Expressões-Chave (EC), na sistematização das Ideias Centrais (IC) e na redação preliminar dos Discursos do Sujeito Coletivo (DSC), sempre a partir de trechos previamente selecionados, validados e contextualizados pela equipe de pesquisa.

A identificação das EC, o agrupamento semântico, a definição das IC e a consolidação dos DSC foram conduzidos mediante leitura exaustiva e análise interpretativa independente dos pesquisadores, assegurando fidelidade ao texto da transcrição, rastreabilidade nominal das falas e proporcionalidade representativa entre os participantes. A ferramenta de IA não realizou codificação autônoma, não produziu categorias analíticas independentes e não substituiu o julgamento teórico-metodológico da equipe, tendo atuado exclusivamente como instrumento técnico de suporte sob supervisão humana integral.

Adicionalmente, o material sistematizado foi submetido a uma segunda ferramenta de inteligência artificial generativa (Claude, Anthropic) para fins de verificação técnica complementar, com foco na consistência textual, coerência interna, rastreabilidade das Expressões-Chave e alinhamento entre EC, IC e DSC. A partir de relatório de consistência e confiabilidade produzido nessa etapa, foram realizados ajustes analíticos adicionais pela equipe.

Em seguida, três pesquisadoras procederam à revisão crítica independente e comparativa de todo o material, reavaliando a correspondência entre o *corpus* textual das transcrições e as sínteses produzidas, promovendo refinamentos conceituais e garantindo a versão final das IC e DSC. A responsabilidade final pela análise, interpretação e integridade científica do estudo permanece integralmente sob a autoria das pesquisadoras.

O *prompt* utilizado para estruturação e rigor metodológico, encontra-se apresentado na íntegra no Apêndice IV.

A organização e disposição das categorias de análise, como também das IC e DSC são metodologicamente apresentadas conforme Quadros 2, 3, 4, 5 e 6. Para fins de organização analítica, os dados obtidos foram distribuídos em cinco categorias, totalizando 18 IC e 35 DSC, os quais são apresentados a seguir.

Quadro 2 - Categoria 1: Produção do Cuidado Educativo na APS

IC -1	Temas dos DSC	Participantes
IC 1.1 – Orientação verbal como base estruturante da educação em saúde	DSC 1.1A – A conversa como instrumento principal de orientação	E1, E2, M1, M2, T1, T2
	DSC 1.1B – A conversa como estratégia diante de informações contraditórias	E4, A1, T3, M3
IC 1.2 – Adequação da linguagem e tradução do saber técnico	DSC 1.2A – Simplificação da linguagem técnica	E2, E3, M1, T2
	DSC 1.2B – Tradução do conteúdo para o "jeito da pessoa"	A1, A2, A4, A5, E2, E3, M1, M4, T2
IC 1.3 – Repetição e reforço contínuo das orientações	DSC 1.3A – Repetição como necessidade pedagógica	E4, T4, M2
	DSC 1.3B – Repetição como resposta às informações equivocadas	A1, E4, T3
IC 1.4 – Uso de recursos visuais e materiais simples como apoio à explicação	DSC 1.4A – Uso dos recursos visuais simples como apoio à explicação	M1, M2, M4
	DSC 1.4B – Entrega de materiais impressos como complemento da orientação	A2, E5, M1, T5
IC 1.5 – Checagem ativa da compreensão como validação do aprendizado	DSC 1.5A – Perguntar diretamente se a pessoa entendeu e pedir para que repita a informação	E7, T2, M1, E3, T4
	DSC 1.5B – Estimular perguntas e abertura para dúvidas	A4, E2, T3, M1

IC 1.6 – Tecnologias digitais como mediação educativa no território	DSC 1.6A – <i>WhatsApp</i> como extensão da prática educativa	A1, A3, A4, A5
	DSC 1.6B – Tablet e sistema informatizado como mediação do cuidado	A2, A5
	DSC 1.6C – Áudio como adaptação ao letramento limitado	A1, A3

Fonte: Elaboração própria (2026).

Quadro 3 - Categoria 2: Tecnologias de Comunicação para o Cuidado na APS

IC - 2	Temas dos DSC	Participantes
IC 2.1 – <i>WhatsApp</i> como principal ferramenta digital de comunicação e orientação	DSC 2.1A – <i>WhatsApp</i> como canal ágil de orientação	E2, M1, T4, A1, A3
	DSC 2.1B – <i>WhatsApp</i> como meio de aproximação com o usuário	E4, A3, M3
IC 2.2 – Redes sociais institucionais, não institucionais e rádio como fontes de informação em saúde	DSC 2.2A – Redes sociais institucionais como canal oficial de saúde	M3, E2, E4, A1, A2, T1, T3
	DSC 2.2B – Redes sociais como espaço de informação ambígua	E4, M2, A1
	DSC 2.2C – Rádio como canal comunitário de comunicação em saúde	A4, A5, E1, E2
IC 2.3 – Desigualdade de acesso e letramento digital como limite da comunicação tecnológica	DSC 2.3A – Limitação de acesso a <i>internet</i> e dispositivos	A5, E1, T3

	DSC 2.3B – Dificuldade de uso da tecnologia, principalmente entre idosos	E1, M2, A2
--	--	------------

Fonte: Elaboração própria (2026).

Quadro 4 - Categoria 3: Circulação da Desinformação no Território

IC - 3	Temas dos DSC	Participantes
IC 3.1 – <i>WhatsApp</i> como principal canal de circulação de desinformação em saúde	DSC 3.1A – <i>WhatsApp</i> como principal via de entrada da desinformação no cuidado	E3, M2, T4, A1
	DSC 3.1B – Grupos familiares como amplificadores da circulação	E1, M3, A5, T2
IC 3.2 – Redes sociais como ambiente ampliado de disseminação de conteúdos não verificados	DSC 3.2A – Redes sociais como espaço de circulação sem verificação	E2, E4, M1, M3, A2, T1, T3
IC 3.3 – Circulação horizontal em redes familiares e comunitárias	DSC 3.3A – Confiança no emissor como critério de validação da informação	E1, M3, A1, A5, T2
	DSC 3.3B – Rapidez da disseminação em pequenos territórios	E1, M3, A1, T2
IC 3.4 – Intensificação da desinformação na pandemia de Covid-19	DSC 3.4A – Pandemia como período de sobrecarga informacional	E3, E4, M2, M3, A1, T4
	DSC 3.4B – Vacinas como principal foco da desinformação e seus efeitos duradouros	E3, E4, M2, M3, A1, T4

Fonte: Elaboração própria (2026).

Quadro 5 - Categoria 4: Estratégias de Enfrentamento da Desinformação na APS

IC - 4	Temas dos DSC	Participantes
IC 4.1 – Uso de protocolos e fontes oficiais para legitimar a orientação	DSC 4.1A – Legitimação técnica da orientação via fonte oficial	E3, M2, T2
IC 4.2 – Reconhecimento de limites estruturais e esgotamento profissional	DSC 4.2A – Resistência dos usuários como limite do enfrentamento individual	E4, M2, M3
	DSC 4.2B – O desafio permanente e o esforço contínuo da equipe	E4, M3
	DSC 4.2C – Desânimo e esgotamento profissional diante da desinformação	E2

Fonte elaboração própria (2026).

Quadro 6 - Categoria 5: Formação, Preparo Institucional e Necessidades para o Enfrentamento da Desinformação

IC - 5	Temas dos DSC	Participantes
IC 5.1 – Ausência de capacitação formal específica sobre desinformação em saúde	DSC 5.1A – Ausência de capacitação formal específica sobre desinformação em saúde	E1, E3, E4, M1, M2, M3, M4, A2, T1, T2, T3, T4, T5
IC 5.2 – Aprendizagem empírica baseada na prática cotidiana	DSC 5.2A – Aprendizagem construída na vivência longitudinal	E6, E7, A5, T3
	DSC 5.2B – Aprendizagem reativa às demandas do território	E6, A5
IC 5.3 – Reconhecimento da necessidade de qualificação específica	DSC 5.3A – Necessidade de capacitação técnica estruturada	E4, M3

	DSC 5.3B – Necessidade de preparo comunicacional e relacional	A3, T5
--	---	--------

Fonte: Elaboração própria (2026).

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa atendeu aos preceitos éticos da Resolução CNS nº 466/2012, com aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos sob parecer 7.710.567 e CAAE 89828625.4.0000.5564 (Anexo I). Além da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, também teve a anuência dos gestores municipais de saúde da GERSA de Xanxerê/SC. A coleta de dados ocorreu entre 05 de agosto e 20 de outubro de 2025.

Os participantes foram previamente convidados e esclarecidos sobre os objetivos, procedimentos e finalidade do estudo, com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias. Para as entrevistas gravadas, também foi utilizado Termo de autorização para uso de voz, restrito a fins científicos.

Foi garantido o anonimato dos participantes, identificados por códigos conforme a categoria profissional: E (enfermeiros), T (técnicos de enfermagem), M (médicos) e A (agentes comunitários de saúde). Os participantes foram informados sobre o direito de desistir da pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo ou penalização.

Os dados foram utilizados exclusivamente para os fins previstos no protocolo, armazenados em repositório digital protegido por senha, sob responsabilidade da pesquisadora, pelo período de cinco anos, sendo posteriormente eliminados.

5. RESULTADOS

A apresentação dos resultados inicia-se pela caracterização dos participantes, considerando sexo, categoria profissional e tempo de atuação na APS. Participaram do estudo 21 profissionais de saúde, sendo um representante de cada município da GERSA de Xanxerê. Observou-se predominância feminina (19 participantes), bem como diversidade entre as categorias profissionais incluídas: sete enfermeiros, quatro médicos, cinco técnicos de enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde. No que se refere ao tempo de atuação na APS, destacou-se a presença de profissionais com trajetória consolidada no serviço, com predomínio daqueles com mais de 10 anos de experiência.

O tempo de atuação dos profissionais na APS representa um aspecto potencialmente relevante para interpretação dos achados, pois pode-se inferir que o maior tempo de atuação profissional pode proporcionar maior vínculo com a população do território. Profissionais que atuam há mais tempo, podem desenvolver maior conhecimento das necessidades locais e maior confiança por parte da comunidade, bem como, proximidade com as famílias, a compreensão das características socioculturais da comunidade e a capacidade de desenvolver ações assertivas no território.

Para a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), o vínculo consiste na construção contínua de relações de confiança e afetividade entre usuários e profissionais de saúde, favorecendo a corresponsabilização pelo cuidado. Esse processo se desenvolve ao longo do tempo, sustentando a continuidade, a coordenação e a longitudinalidade da atenção, além de contribuir para melhores resultados terapêuticos e redução de riscos decorrentes da fragmentação do cuidado. A importância do estabelecimento de vínculo entre profissionais e usuários é reforçada, através da garantia de provimento e a adoção de estratégias de fixação de profissionais na APS, com o objetivo de qualificar a oferta de cuidado e fortalecer a construção de vínculos (BRASIL, 2017).

Dessa forma, quanto maior o tempo de atuação do profissional na equipe e no território, maior tende a ser a consolidação do vínculo com a população, favorecendo o fortalecimento da confiança e da proximidade nas relações de cuidado.

5.1 Categoria 1: Produção do Cuidado Educativo na Atenção Primária à Saúde

A categoria 1 reúne os discursos coletivos relativos às práticas educativas desenvolvidas pelos profissionais da APS no cotidiano do cuidado. A análise transversal integrada revelou

seis ideias centrais que estruturam a produção do cuidado educativo, atravessando todas as categorias profissionais: enfermeiros (E1–E7), médicos (M1–M4), agentes comunitários de saúde (A1–A5) e técnicos de enfermagem (T1–T5).

IC 1.1 — Orientação verbal como base estruturante da educação em saúde

DSC 1.1A - A conversa como instrumento principal de orientação

No atendimento, eu explico conversando mesmo, olho no olho, porque é ali que a orientação acontece. Eu sento, escuto, tiro dúvida e explico o que está acontecendo, o que precisa fazer e por que precisa fazer. A maior parte da educação em saúde acontece nessa conversa individual, naquele momento da consulta ou da visita. Às vezes pego na mão, levo até a farmácia, mostro onde fica a observação — porque orientar não é só falar, é garantir que a pessoa entendeu e sabe o que fazer. Se eu não explicar com calma, a pessoa sai sem entender (E1, E2, M1, M2, T1, T2).

DSC 1.1B - A conversa como estratégia diante de informações contraditórias

Hoje em dia eu preciso conversar ainda mais, porque as pessoas chegam com muita informação diferente, de coisas que ouviram na *internet* ou com conhecidos. Às vezes elas já chegam decididas, com uma convicção formada a partir de algo que viram no *WhatsApp*, no *TikTok* ou que o vizinho falou. Então, eu explico novamente, reforço, esclareço o que é certo e o que não é. Não adianta confrontar diretamente, porque aí a pessoa se fecha. Eu prefiro conversar com cuidado, mostrar o que é orientação correta, deixar que ela chegue à própria conclusão. Muitas vezes preciso usar a conversa para desfazer uma dúvida e corrigir uma informação que já chegou errada (E4, A1, T3, M3).

IC 1.2 — Adequação da linguagem e tradução do saber técnico

DSC 1.2A - Simplificação da linguagem técnica

Eu preciso falar simples, porque se eu usar termo técnico eles não entendem. São pessoas simples, humildes, e a gente tem que usar um palavreado que elas entendam. Muitas vezes eu traduzo o que seria uma explicação médica para palavras mais fáceis, mais diretas. Se eu falar difícil, a informação não chega na pessoa. Então evito palavras complicadas e tento explicar de um jeito mais claro. A orientação tem que ser acessível para funcionar (E2, E3, M1, T2).

DSC 1.2B - Tradução do conteúdo para o "jeito da pessoa"

Eu tento explicar do jeito que a pessoa entende, trazendo para a realidade dela. Não adianta falar do meu jeito, eu preciso falar do jeito dela. Às vezes eu mudo a forma de explicar dependendo da família, do contexto, da vivência que ela tem. É como se eu traduzisse o conhecimento técnico para o mundo dela. Uma casa eu falo de um tipo, na outra já uso uma outra estratégia, porque cada pessoa entende de um jeito diferente (A1, A2, A5, E3, M4).

IC 1.3 — Repetição e reforço contínuo das orientações

DSC 1.3A - Repetição como necessidade pedagógica

Muitas vezes eu explico e preciso explicar de novo, porque a pessoa não entende tudo de primeira. Eu repito, reforço, volto ao assunto. Não adianta falar uma vez só. A educação em saúde exige paciência, porque o entendimento vai acontecendo aos poucos. Tem uns que você fala, eles mandam a mesma pergunta, você responde, eles perguntam de novo — e são sempre as mesmas pessoas. Mas isso faz parte, a gente vai devagar, explicando quantas vezes for preciso (E4, T4, M2).

DSC 1.3B - Repetição como resposta às informações equivocadas

Hoje eu preciso reforçar mais . Muitas vezes o trabalho é reforçar o que já foi orientado, mas que foi colocado em dúvida por outras informações que circulam por aí. Principalmente com vacina, você orienta, mas se chegar um áudio falando que faz mal, tem que começar de novo. Então, eu explico novamente, esclareço, desfaço dúvidas e corrijo o que veio errado (A1, E4, T3).

IC 1.4 — Uso de recursos visuais e materiais simples como apoio à explicação

DSC 1.4A - Uso dos recursos visuais simples como apoio à explicação

Às vezes eu desenho num papel para explicar melhor, faço um esqueminha para mostrar como funciona ou onde está o problema. Quando necessário, mostro alguma imagem na *internet* para a pessoa visualizar melhor. Uma foto, uma figura ou alguma coisa que ajude a entender o que estou explicando e isso facilita bastante. Às vezes a imagem ajuda muito mais do que só a fala, especialmente para usuários com mais dificuldade de compreensão abstrata. Quando a pessoa vê, ela consegue acompanhar o raciocínio de um jeito diferente (M1, M2, M4).

DSC 1.4B - Entrega de materiais impressos como complemento da orientação

Se tem folder ou material disponível, eu entrego e explico junto. Não adianta só dar o papel, eu preciso conversar sobre o que está ali, porque se a pessoa leva pra casa sem entender o que leu, não muda nada. O material ajuda a reforçar a orientação depois que ela vai embora. Mas, material impresso a gente quase não tem. Nem sempre tem material pronto disponível. Às vezes a gente improvisa, faz no Word e entrega, porque não dá para ficar esperando chegar da Secretaria (A2, E5, M1, T5).

IC 1.5 — Checagem ativa da compreensão como validação do aprendizado

DSC 1.5A - Perguntar diretamente se a pessoa entendeu e pedir para que repita a informação

Depois que eu explico, eu sempre pergunto se entendeu. Às vezes a pessoa diz que entendeu, mas eu percebo que ainda tem dúvida, então volto e explico de novo. O que você entendeu? Essa pergunta é simples, mas faz muita diferença. Quando a gente não pergunta, a pessoa vai embora com dúvida e aí busca a resposta em outro lugar. Em alguns momentos eu peço para a pessoa me dizer com as próprias palavras o que entendeu. Quando ela consegue explicar de volta, eu sei que a orientação fez sentido (E7, T2, M1, E3, T4).

DSC 1.5B - Estimular perguntas e abertura para dúvidas

Eu sempre pergunto se ficou alguma dúvida e incentivo a perguntar. Às vezes a pessoa tem vergonha de falar, então eu preciso criar esse espaço, deixar claro que pode perguntar sem medo. Quando ela pergunta, eu consigo esclarecer melhor e evitar que saia com um entendimento errado. Qualquer coisa que a senhora ver e não souber se é verdade, vem aqui e pergunta pra nós. Essa abertura é fundamental para que a pessoa não busque resposta em fonte errada (A4, E2, T3, M1).

IC 1.6 — Tecnologias digitais como mediação educativa no território

DSC 1.6A - *WhatsApp* como extensão da prática educativa

Eu utilizo o *WhatsApp* como ferramenta de orientação. Tenho grupo das minhas famílias, mas só eu posso mandar mensagem. Mando informações sobre vacina, campanha, consulta, exame. É mais rápido e chega para todos ao mesmo tempo. Quando tem uma campanha, como outubro rosa, eu convido pelo *WhatsApp* e a adesão é boa. Hoje é uma ferramenta que facilita muito a comunicação com o território (A1, A3, A4, A5).

DSC 1.6B - Tablet e sistema informatizado como mediação do cuidado

A gente trabalha com tablet e sistema informatizado, então muitas informações já vêm direto pra nós. Os exames aparecem no sistema, os encaminhamentos também, e isso facilita muito para orientar o paciente. Eu consigo acessar dados na hora da visita ou na unidade e já dar o recado certo. O tablet não substitui o contato direto, mas dá suporte para que a orientação seja mais rápida e mais segura. Tudo informatizado. Isso mudou o jeito de trabalhar (A2, A5).

DSC 1.6C - Áudio como adaptação ao letramento limitado

Eu utilizo bastante o áudio no *WhatsApp*, principalmente porque muitas pessoas da minha área não sabem ler ou têm dificuldade de interpretação. Às vezes elas mandam áudio perguntando alguma coisa e eu respondo também por áudio, explicando com calma. Para alguns usuários é muito mais fácil ouvir do que ler uma mensagem escrita. O áudio acaba sendo uma forma de garantir que a informação chegue de maneira mais clara, especialmente para os idosos e para quem tem pouca escolaridade. É uma adaptação que a gente faz para que a comunicação digital realmente funcione para todos, porque não adianta mandar mensagem escrita para quem não consegue ler (A1, A3).

5.2 Categoria 2: Tecnologias de Comunicação para o Cuidado na APS

A categoria 2 reúne os discursos coletivos sobre a digitalização das práticas de cuidado e comunicação na APS. A análise revelou que o processo de incorporação tecnológica é simultâneo, contraditório e desigual: ao mesmo tempo que as tecnologias digitais ampliam o alcance e a agilidade da comunicação em saúde, elas também introduzem novos desafios, sobrecarga profissional, exclusão digital de populações vulneráveis e circulação de desinformação nos próprios canais utilizados para orientar.

IC 2.1 — *WhatsApp* como principal ferramenta digital de comunicação e orientação

DSC 2.1A - *WhatsApp* como canal ágil de orientação

A gente usa bastante o *WhatsApp* para orientar, mandar recado e esclarecer dúvidas. Muitas vezes o paciente manda mensagem perguntando alguma coisa simples, e eu já respondo por ali mesmo. Isso facilita porque resolve situações que não precisam vir até a unidade. Para coisas mais simples, o *WhatsApp* agiliza bastante o atendimento. A informação chega mais rápido do que qualquer outro canal (E2, M1, T4, A1, A3).

DSC 2.1B - *WhatsApp* como meio de aproximação com o usuário

O *WhatsApp* aproxima, porque a pessoa se sente mais à vontade para perguntar. A comunicação fica mais rápida e acessível. Para a comunidade, é uma forma prática de contato com a equipe. Essa proximidade fortalece o vínculo e abre caminho para orientações que talvez não acontecessem de forma presencial (E4, A3, M3).

IC 2.2 — Redes sociais institucionais, não institucionais e rádio como fontes de informação em saúde

DSC 2.2A - Redes sociais institucionais como canal oficial de saúde

A prefeitura e a unidade usam Instagram e Facebook para divulgar informações oficiais. A gente orienta os pacientes a acompanhar essas páginas porque ali tem informação correta sobre campanha, vacinação e orientações gerais. É uma forma de ampliar o alcance da comunicação institucional. Hoje em dia, as redes sociais são uma das principais fontes de informação em saúde para a população, e a gente precisa entender isso para trabalhar com a realidade. Às vezes a informação chega pelo Instagram antes mesmo de a gente avisar nas visitas (M3, E2, E4, A1, A2, T1, T3).

DSC 2.2B - Redes sociais como espaço de informação ambígua

Ao mesmo tempo que tem informação correta, também circula muita coisa que não é verdadeira nas redes. A pessoa vê um vídeo ou uma postagem e toma aquilo como verdade, especialmente se aparecer mais de uma vez. A gente precisa orientar sobre o que confiar e o que não confiar, mas é difícil competir com o volume de conteúdo que circula (E4, M2, A1).

DSC 2.2C - Rádio como canal comunitário de comunicação em saúde

Aqui no município, o rádio ainda é muito forte. Muitas pessoas escutam os avisos da saúde pelo programa da rádio, e às vezes já chegam à unidade dizendo que ouviram sobre vacina ou campanha. A enfermeira e o secretário de saúde também dão entrevista para explicar questões de saúde. O rádio alcança pessoas que talvez nunca vejam uma postagem no Instagram: os mais idosos, quem mora no interior, quem não tem acesso ao celular. Todo sábado tem programa na rádio com os avisos do posto e o pessoal escuta (A4, A5, E1, E2).

IC 2.3 — Desigualdade de acesso e letramento digital como limite da comunicação tecnológica

DSC 2.3A - Limitação de acesso a *internet* e dispositivos

Nem todos têm celular adequado ou *internet*. Para esses casos, a gente ainda precisa ir pessoalmente, porque a informação não chega por outro meio. A gente não pode abandonar o modo tradicional de trabalhar só porque tem tecnologia disponível (A5, E1, T3).

DSC 2.3B - Dificuldade de uso da tecnologia, principalmente entre idosos

Os idosos têm mais dificuldade com tecnologia. Muitos não sabem mexer direito no celular, não entendem a mensagem de texto. A gente percebe que para essa população o digital não funciona da mesma forma. Para eles, a visita, o telefonema e o rádio ainda são muito mais eficazes (E1, M2, A2).

5.3 Categoria 3: Circulação da Desinformação no Território

A categoria 3 é o núcleo temático central desta pesquisa. Enquanto as categorias 1 e 2 descrevem como os profissionais se comunicam e educam, a categoria 3 revela o avesso desse processo: como a desinformação se insere e se dissemina no território, por quais vias circula, em que formatos se apresenta, quem é mais vulnerável a ela e como se intensificou com a pandemia de Covid-19.

IC 3.1 — *WhatsApp* como principal canal de circulação de desinformação em saúde

DSC 3.1A - *WhatsApp* como principal via de entrada da desinformação no cuidado

A maior parte das informações erradas chega pelo *WhatsApp*. Eles recebem mensagens, vídeos e áudios e trazem isso para o atendimento perguntando se é verdade. Muitas vezes já chegam convencidos, dizendo que receberam no grupo da família ou de conhecidos. É o meio onde mais circula esse tipo de conteúdo. Quase sempre, quando surge uma dúvida baseada em algo que viram ou ouviram, foi por mensagem de *WhatsApp* (E3, M2, T4, A1).

DSC 3.1B - Grupos familiares como amplificadores da circulação

Nos grupos de família a informação circula muito rápido. Um compartilha e vai passando para outro, até que todo mundo já está comentando. Como vem de alguém conhecido, a pessoa tende a confiar mais e não questionar a fonte. É diferente de receber de um estranho: quando é a mãe, a irmã, o vizinho que manda, a pessoa já considera válido antes de pensar se pode ser mentira (E1, M3, A5, T2).

IC 3.2 — Redes sociais como ambiente ampliado de disseminação de conteúdos não verificados

DSC 3.2A - Redes sociais como espaço de circulação sem verificação

Nas redes sociais a informação circula muito rápido e sem filtro. O que aparece no Instagram, Facebook ou TikTok é compartilhado antes de verificar a fonte. Muitas

vezes viraliza e chega até nós como dúvida ou como certeza já formada. A pessoa vê algo nas redes e já assume como verdade, sem conferir se é informação oficial ou não (E2, E4, M1, M3, A2, T1, T3).

IC 3.3 — Circulação horizontal em redes familiares e comunitárias

DSC 3.3A - Confiança no emissor como critério de validação da informação

Muitas vezes a informação não é acreditada pelo conteúdo em si, mas por quem enviou. Quando vem da família, da vizinha ou de alguém conhecido, a pessoa aceita com mais facilidade. É diferente de receber de um estranho: se a vizinha falou, se a irmã mandou, se o amigo comentou, aquilo já tem legitimidade (E1, M3, A1, A5, T2).

DSC 3.3B - Rapidez da disseminação em pequenos territórios

No território as informações se espalham muito rápido. Antes mesmo de conseguirmos intervir, a desinformação já ganhou força e já foi incorporada como verdade. Os idosos, por exemplo, se encontram de manhã para tomar chimarrão, um na casa do outro, e o que um comentou já chega na casa dos outros rapidamente (E1, M3, A1, T2).

IC 3.4 — Intensificação da desinformação na pandemia de Covid-19

DSC 3.4A - Pandemia como período de sobrecarga informacional

Durante a pandemia houve um volume muito grande de informações circulando. As pessoas recebiam notícias o tempo todo e ficavam confusas, sem saber em quem confiar. O profissional falava uma coisa, o *WhatsApp* dizia outra, e a pessoa ficava no meio sem saber o que era verdade (E3, E4, M2, M3, A1, T4).

DSC 3.4B - Vacinas como principal foco da desinformação e seus efeitos duradouros

A maior parte das informações equivocadas [na pandemia] estava relacionada às vacinas. Muitos vinham questionando a segurança da vacina com base no que receberam pelo *WhatsApp* ou viram em vídeo. O pior é que a desconfiança não ficou só na Covid: gerou dúvida sobre todas as outras vacinas também, as que já eram do calendário há décadas. É um efeito que a gente ainda sente hoje, com queda da cobertura vacinal que não se recuperou (E3, E4, M2, M3, A1, T4).

5.4 Categoria 4: Estratégias de Enfrentamento da Desinformação na APS

A categoria 4 descreve as estratégias que os profissionais da APS desenvolveram, ao longo da prática cotidiana, para enfrentar a desinformação em saúde durante o atendimento. Diferentemente de um repertório planejado ou ensinado, essas estratégias foram construídas empiricamente, por tentativa e erro, sem capacitação formal específica - dado que será aprofundado na categoria 5.

IC 4.1 — Uso de protocolos e fontes oficiais para legitimar a orientação

DSC 4.1A - Legitimação técnica da orientação via fonte oficial

Eu explico que a orientação que estou passando segue protocolos oficiais, nota técnica ou recomendação do Ministério da Saúde. Eu mostro que não é uma opinião pessoal minha, mas algo com base em evidência científica. Isso ajuda a pessoa a entender que o que estou dizendo tem um fundamento que vai além do meu julgamento pessoal (E3, M2, T2).

IC 4.2 — Reconhecimento de limites estruturais e esgotamento profissional

DSC 4.2A - Resistência dos usuários como limite do enfrentamento individual

Nem sempre conseguimos mudar a opinião do paciente. Muitas pessoas já chegam convictas, baseadas no que ouviram de vizinhos ou nas redes sociais. Mesmo explicando com calma, mostrando fontes, repetindo orientações, algumas mantêm a posição inicial. Existe resistência e isso faz parte do cotidiano. Tem casos que a gente documenta, comunica para a equipe e acompanha, mas não insiste mais, porque insistir sem resultado só prejudica o vínculo, e o vínculo é o que vai permitir que essa pessoa volte quando precisar (E4, M2, M3).

DSC 4.2B - O desafio permanente e o esforço contínuo da equipe

É um desafio permanente. Mesmo orientando, a informação equivocada continua circulando. Isso exige esforço contínuo da equipe para reforçar orientações e manter o vínculo com a população. A equipe precisa estar alinhada, falar a mesma coisa, porque se um profissional diz uma coisa e outro diz outra, o usuário prefere acreditar no que confirma o que ele já queria acreditar (E4, M3).

DSC 4.5C - Desânimo e esgotamento profissional diante da desinformação

Eu vou te falar: eu acho que não tem como reverter isso. A humanidade está caminhando para isso, o acesso à informação está cada vez maior e as pessoas acreditam no que convém pra elas. Antes da pandemia, o que a gente falava era lei, ninguém discutia. Agora, com o *WhatsApp*, as fake news, o TikTok, todo mundo colocava nossa palavra em xeque. A gente chamava o pessoal, orientava o correto, e eles não confiavam mais - confiavam no que viam na *internet*. Isso deixou a gente tão desgastado. O doutor que está há vinte anos aqui me disse: eu estou tão desanimado que vou falar para as paredes, porque as pessoas vão acreditar no que elas querem. E eu entendo ele. O profissional vai desanimando (E2).

5.5 Categoria 5: Formação, Preparo Institucional e Necessidades para o Enfrentamento da Desinformação

A Categoria 5 examina uma dimensão estrutural que atravessa todas as categorias anteriores: os profissionais que enfrentam cotidianamente a desinformação em saúde na APS nunca foram formalmente preparados para isso.

IC 5.1 — Ausência de capacitação formal específica sobre desinformação em saúde

DSC 5.1A - Ausência de capacitação formal específica sobre desinformação em saúde

Eu nunca tive uma formação específica voltada para desinformação em saúde. Nunca participei de curso, treinamento ou capacitação para lidar com fake news ou com informações equivocadas dos pacientes. A gente só recebeu orientação sobre a Lei Geral de Proteção aos Dados. Não é um assunto simples, mas aparece no dia a dia, com frequência crescente e a gente enfrenta essas situações sem ter recebido orientação formal sobre como conduzir (E1, E3, E4, M1, M2, M3, M4, A2, T1, T2, T3, T4, T5).

IC 5.2 — Aprendizagem empírica baseada na prática cotidiana

DSC 5.2A - Aprendizagem construída na vivência longitudinal

Eu aprendi a lidar com essas situações na prática, no dia a dia do atendimento. Não houve um preparo prévio, foi a experiência acumulada ao longo do tempo que foi moldando a forma como conduzo essas conversas. A gente vai percebendo o que funciona e o que não funciona com cada tipo de usuário, com cada tipo de informação equivocada. Cada situação traz um aprendizado novo. Com o tempo, fui desenvolvendo um repertório próprio, mas totalmente construído por conta própria, sem orientação estruturada, sem troca sistematizada com a equipe (E6, E7, A5, T3).

DSC 5.2B - Aprendizagem reativa às demandas do território

A gente foi aprendendo conforme os casos apareciam. Quando começou a surgir mais desinformação, principalmente durante a pandemia, tivemos que nos adaptar rapidamente. Não foi algo planejado, foi uma resposta às situações concretas que iam surgindo. Você aprende porque precisa, da forma como dá, não da forma mais adequada ou mais segura (E6, A5).

IC 5.3 — Reconhecimento da necessidade de qualificação específica

DSC 5.3A - Necessidade de capacitação técnica estruturada

Seria importante ter uma capacitação específica sobre desinformação em saúde. É um fenômeno que impacta diretamente o cuidado, a adesão ao tratamento e a vacinação, e que vem crescendo. Precisamos de orientação técnica mais estruturada, com diretrizes claras e atualização constante, para que possamos atuar com mais segurança e uniformidade. Hoje cada um faz como acha melhor, e isso não é suficiente para um problema como esse (E4, M3).

DSC 5.3B - Necessidade de preparo comunicacional e relacional

Além do conhecimento técnico sobre o que é desinformação e como identificar, também seria essencial receber orientação sobre estratégias de comunicação. Nem sempre é simples abordar um paciente que já chega com opinião formada. Precisamos de ferramentas para dialogar sem gerar confronto, para estimular reflexão sem desrespeitar, para fortalecer o vínculo mesmo quando discordamos (A3, T5).

6. DISCUSSÃO

O DSC como método de análise possibilitou compreender as estratégias educativas e tecnológicas de comunicação utilizadas pelos profissionais da APS para enfrentamento da desinformação em saúde.

Categoria 1: Produção do Cuidado Educativo na APS

No material empírico analisado, os discursos da Categoria 1 evidenciam que a educação em saúde na APS se organiza fundamentalmente a partir da comunicação verbal, adaptada à realidade dos usuários, sustentada pelo vínculo longitudinal e progressivamente mediada por tecnologias digitais. A desinformação em saúde emerge como elemento transversal que pressiona o processo educativo, exigindo repetição, reforço e estratégias específicas de esclarecimento.

Esta categoria revela que a produção do cuidado educativo na APS é uma prática complexa, multi-estratégica e profundamente ancorada no vínculo entre profissional e usuário. Conforme citado por Assis *et al.* (2021), em seu estudo sobre práticas educativas e a formação para a APS, o cuidado educativo têm passado por transformações decorrentes da complexidade da comunicação digital contemporânea, exigindo a adaptação tanto dos conteúdos quanto das estratégias de disseminação da educação em saúde, de modo a promover um engajamento mais significativo.

O vínculo integra a fundamentação prática do trabalho em saúde ao favorecer a construção de relações de confiança e afetividade entre a equipe e os usuários, potencializando a corresponsabilização no cuidado. Sua utilização é mediada pela percepção dos profissionais de saúde. Nesse sentido, vínculo e acolhimento configuram-se como ferramentas capazes de sustentar atributos essenciais da APS, como o primeiro acesso, a longitudinalidade, a continuidade e a integralidade do cuidado, uma vez que atuam na mediação das relações entre usuários e trabalhadores de saúde, qualificando o processo assistencial a partir das necessidades dos usuários (Lachtim *et al.*, 2022).

Nos relatos desta categoria, a orientação verbal ocupa posição central e estruturante, quanto a produção do cuidado na APS, mas é permanentemente qualificada por estratégias de adaptação, reforço, contextualização e verificação que revelam um cuidado construído na experiência cotidiana profissional.

E nesse ínterim, a desinformação em saúde aparece como elemento que pressiona o processo educativo, exigindo repetição ampliada, argumentação específica e esforço redobrado para reconstruir credibilidade, visto que o vínculo pode afetar a prática educativa.

IC 1.1 — Orientação verbal como base estruturante da educação em saúde

Nos discursos, a orientação verbal emergiu como o alicerce sobre o qual todas as demais estratégias educativas se constroem. Independentemente da categoria profissional, o ato de conversar, explicar e ouvir com atenção constitui o núcleo da prática educativa na APS. Esse achado dialoga com estudos recentes que apontam a educação em saúde, no âmbito da atenção primária, como prática relacional produzida no encontro entre profissionais e usuários, e não apenas como repasse de informações padronizadas (Fittipaldi *et al.*, 2023). Nessa perspectiva, a conversa adquire centralidade por permitir que a orientação em saúde seja ajustada ao contexto de vida, às dúvidas e às possibilidades concretas de cuidado de cada pessoa.

Mais do que instrumento técnico de transmissão de informação, a conversa constitui espaço de escuta e reconhecimento do outro, condição essencial para que a orientação faça sentido no cotidiano e se converta em cuidado possível. A literatura recente reforça que a comunicação efetiva e centrada na pessoa depende da capacidade do profissional de ouvir, explicar com clareza e estabelecer trocas compreensíveis e responsivas, favorecendo participação, confiança e corresponsabilização no cuidado (Kwame; Petrucka, 2021).

Os achados também sugerem que a conversa opera como tecnologia leve de construção de vínculo. Para Merhy *et al.* (2006), as tecnologias leves dizem respeito ao campo das relações, evidenciando que sua incorporação no trabalho em saúde atravessa processos como o acolhimento, o estabelecimento de vínculo e a promoção da atenção integral, atuando como elementos organizadores das ações em saúde. Ao conversar, escutar e explicar reiteradamente, os profissionais não apenas orientam, mas produzem presença, acolhimento e legitimidade relacional. A orientação verbal não deve ser compreendida como etapa acessória da consulta, mas como parte constitutiva do próprio trabalho em saúde.

Além disso, no cenário contemporâneo de intensa circulação de informações conflitantes, a conversa assume também função estratégica no enfrentamento da desinformação. Revisões recentes apontam que a desinformação em saúde desafia a comunicação pública e interpessoal, fragiliza a confiança e exige dos profissionais maior capacidade argumentativa, escuta qualificada e reconstrução de credibilidade no contato com os usuários (Oliveira *et al.*, 2025; Freire *et al.*, 2023), o que de fato corrobora com este estudo.

Desse modo, as três dimensões identificadas nos discursos, a conversa como transmissão de informação, como construção de vínculo e como estratégia de enfrentamento da desinformação, não se mostram dissociadas. Ao contrário, revelam que a prática educativa na APS se estrutura em uma comunicação verbal que é simultaneamente técnica, relacional e política. Técnica, porque organiza e transmite saberes em saúde; relacional, porque sustenta vínculo e confiança; e política, porque atua em um campo atravessado por disputas de sentidos, crenças e legitimidades sobre o cuidado, típicos de situações de vulnerabilidade informacional.

IC 1.2 — Adequação da linguagem e tradução do saber técnico

Entre as falas dos participantes, observa-se que a adequação da linguagem emerge como competência central da prática educativa na APS. Os profissionais reconhecem que o saber técnico precisa ser traduzido para a realidade e o universo vocabular de cada usuário. Os discursos evidenciam três dimensões: a simplificação do vocabulário técnico, a tradução para o "jeito da pessoa" e o ajuste individualizado conforme perfil e escolaridade.

Conforme Santos *et al.* (2025), é essencial adotar uma linguagem acessível e integrar referências culturais significativas que dialoguem com as realidades locais e contribuam para melhorias nas condições de vida. Esses elementos são fundamentais para fortalecer o vínculo entre profissionais e usuários, e para o sucesso das ações de educação em saúde, um componente central do trabalho das equipes da APS. Nesse sentido, os achados do estudo reforçam a importância da adaptação da linguagem.

Todavia, essa adaptação não se restringe à substituição de termos técnicos por palavras mais simples, mas constitui uma prática relacional que exige do profissional sensibilidade para reconhecer limites de compreensão, repertórios culturais, experiências prévias e condições concretas de vida dos usuários. Nessa direção, Brevidelli *et al.* (2024) destacam que a promoção do letramento em saúde depende de comunicação clara, confirmação do entendimento e uso de estratégias ajustadas às necessidades do público, o que desloca a educação em saúde de uma lógica meramente transmissiva para uma lógica de construção de sentido compartilhado.

Na APS, onde o cuidado se produz em estreita relação com o território, adequar a linguagem significa também operar em favor da equidade, uma vez que diferentes níveis de escolaridade e familiaridade com informações biomédicas interferem diretamente na compreensão das orientações recebidas. Estudos recentes mostram que o letramento em saúde na APS se associa a características sociodemográficas e à capacidade de interação dos usuários

com os profissionais, indicando que a comunicação precisa ser modulada conforme o perfil e as condições de cada pessoa (Cavalcanti *et al.*, 2024; Paes *et al.*, 2025).

Além disso, evidências recentes apontam que estratégias como linguagem simples, exemplos do cotidiano, repetição, checagem da compreensão e adaptação da explicação às necessidades individuais favorecem a compreensão das informações em saúde, especialmente entre pessoas idosas e em contextos de alfabetização funcional limitado (Lima *et al.*, 2025). Assim, os achados desta pesquisa sugerem que a adequação da linguagem, mais do que recurso acessório, constitui mediação essencial entre conhecimento técnico e experiência vivida, tornando a orientação mais inteligível, pertinente e potencialmente aplicável ao cotidiano dos usuários.

Sob essa perspectiva, ajustar a fala ao “jeito da pessoa” não representa simplificação empobrecida do conteúdo, mas qualificação da comunicação clínica e educativa. Trata-se de reconhecer que informar não é suficiente quando a mensagem não se torna compreensível, significativa e confiável para quem a recebe. Em um cenário marcado pela ampliação da circulação de informações e desinformações em saúde, comunicar-se de forma clara, situada e culturalmente sensível passa a ser condição estratégica para o fortalecimento do vínculo, para a ampliação da autonomia possível dos usuários e para a efetividade das práticas educativas na APS.

IC 1.3 — Repetição e reforço contínuo das orientações

A necessidade de repetir e reforçar orientações emerge dos discursos dos profissionais de saúde como prática recorrente na APS. Os relatos evidenciam que a repetição não é falha comunicativa, mas resposta necessária tanto à dinâmica de aprendizado dos usuários quanto à intensa circulação de informações equivocadas. Três dimensões foram identificadas: a repetição como necessidade pedagógica, como resposta às desinformações e como parte do acompanhamento longitudinal.

Esse achado é coerente com estudo de Lima *et. al* (2025), realizado com foco em pessoas idosas, no qual os profissionais apontaram como estratégias para melhorar a compreensão em saúde o uso de linguagem simples, fala pausada, repetição das informações, limitação do conteúdo por encontro e confirmação do entendimento. Além disso, a repetição mostra-se articulada ao acompanhamento longitudinal característico da APS, permitindo retomar e reforçar orientações ao longo do tempo, conforme as necessidades dos usuários.

Tal prática também assume importância no enfrentamento da desinformação, pois se constitui como mediação necessária para tornar a informação mais compreensível, memorável

e confiável no cotidiano do cuidado. Durante as análises, observou-se que vários participantes relataram a necessidade de repetir orientações, ora em razão da dificuldade de compreensão dos usuários, ora como estratégia para reforçar informações previamente fornecidas.

IC 1.4 — Uso de recursos visuais e materiais simples como apoio à explicação

No contexto investigado, identifica-se limitações de compreensão verbal por parte dos usuários e famílias atendidas. Assim, os profissionais incluem recursos visuais improvisados ou até mesmo institucionais como complemento às orientações prestadas. Entre elas, pode-se citar: desenhos, imagens no celular e materiais impressos, que emergem como apoio concreto à comunicação em saúde entre profissionais e usuários.

O uso de imagens como estratégia para qualificar a educação do paciente não constitui uma abordagem recente. Evidências oriundas de revisões de literatura indicam que a incorporação de recursos visuais às orientações escritas e orais contribui significativamente para o aumento da atenção, da compreensão, da retenção de informações e da adesão às recomendações em saúde (Collier, 2011).

Entre os profissionais da categoria médica, observou-se consenso quanto ao uso de imagens como recurso de apoio para a explicação de orientações ou informações relacionadas à saúde e ao quadro clínico dos pacientes. Tais imagens, em geral, são provenientes da *internet* e frequentemente pesquisadas no momento da consulta. Além disso, alguns profissionais relataram a utilização de desenhos, especialmente de estruturas corporais ou órgãos, como estratégia complementar para favorecer a compreensão do usuário, contribuindo para um melhor entendimento das informações transmitidas.

O uso de materiais impressos também foi mencionado, embora com menor frequência, uma vez que, segundo os profissionais, esses recursos eram amplamente utilizados em períodos anteriores, mas atualmente apresentam redução significativa em sua disponibilização. A fala de A1 reforça essa situação: “Nos outros anos teve os informativos pra gente, né? Mas esse ano ainda não veio nada. É só mesmo algum evento que a gente leva um panfleto, mas se não, não. Mas é no boca-boca mesmo”.

A mídia impressa mantém papel relevante na comunicação em saúde pública, atuando como importante meio de disseminação de informações e promoção de comportamentos saudáveis. Embora enfrente desafios decorrentes da digitalização, da concorrência com mídias sociais e de limitações financeiras, permanece um recurso estratégico, especialmente em contextos que demandam ampla disseminação de conteúdos confiáveis, como emergências em

saúde. Sua efetividade depende de planejamento, avaliação e distribuição direcionada, além de estratégias inovadoras e esforços colaborativos que ampliem seu alcance e acessibilidade. Nesse sentido, a mídia impressa conserva potencial significativo para influenciar percepções, fortalecer a educação em saúde e contribuir para os objetivos da saúde pública (Kanchan; Gaidhane, 2024).

Alguns participantes relataram a produção de *folders* ou panfletos pela própria equipe ou pelo município, especialmente em contextos específicos, como campanhas de saúde (por exemplo: Outubro Rosa, Novembro Azul, ações contra a Dengue). Ainda assim, destacaram que essa oferta é limitada quando comparada a períodos anteriores em que havia maior distribuição de materiais informativos impressos provenientes do Ministério da Saúde.

IC 1.5 — Checagem ativa da compreensão como validação do aprendizado

A verificação ativa de que a orientação foi compreendida emerge como prática educativa específica, ainda que não universalmente adotada. Os profissionais desenvolvem estratégias distintas para confirmar a compreensão, desde perguntas diretas até a solicitação de que o usuário repita o que entendeu.

Campos e Rios (2018) destacam a habilidade de comunicação como um dos recursos mais relevantes para a realização das atividades na APS. Em seu estudo, comparam diferentes guias de comunicação disponíveis e identificam evidências alinhadas à pesquisa, como a verificação do entendimento do usuário, o uso de técnicas que favoreçam a retenção das informações, como repetições e resumos, a utilização de recursos visuais e a adaptação das explicações ao contexto e à forma como a pessoa compreende o problema.

IC 1.6 — Tecnologias digitais como mediação educativa no território

O uso de tecnologias digitais como ferramentas de educação em saúde emergiu especialmente nas falas das ACS, revelando uma apropriação criativa de recursos digitais para ampliar o alcance e a qualidade da orientação. O *WhatsApp*, o tablet e o áudio são utilizados como extensões da prática educativa na APS. O *WhatsApp* se consolidou como principal mediador digital, com usos distintos conforme o contexto e o perfil dos usuários. Dois DSCs foram construídos a partir de dados emergentes identificados na validação: o uso do áudio como adaptação ao letramento limitado e o tablet como mediação tecnológica institucional. As tecnologias digitais emergem como ferramentas de mediação educativa, com destaque para o

WhatsApp e o uso criativo do áudio, adaptação espontânea desenvolvida pelos profissionais para alcançar usuários com limitações de letramento.

É fundamental que a APS amplie o acesso da população aos serviços por meio da reestruturação das formas de atendimento. Nesse contexto, a oferta de cuidados em saúde com o uso das TIC pode contribuir para superar barreiras geográficas, aproximar os usuários dos serviços, ampliar o acesso e qualificar a assistência. Além disso, essas tecnologias apoiam a tomada de decisão dos profissionais de saúde, consolidando-se como ferramentas essenciais tanto para a prestação de serviços quanto para ações de educação em saúde (Claudino *et al.*, 2022).

Os profissionais utilizam as TIC disponíveis como apoio às suas práticas na APS, realizando adaptações conforme as demandas emergentes do contexto assistencial. Observa-se, a partir dos relatos, que o perfil dos usuários da APS requer ajustes no uso dessas tecnologias. Nesse sentido, destaca-se a utilização de mensagens de áudio por meio do *WhatsApp* como estratégia recorrente, especialmente em territórios com elevada presença de idosos que apresentam dificuldades de leitura e escrita. Essa prática é evidenciada no relato de uma profissional: “como tem bastante gente que não sabe ler, na minha área, então é mais por áudio mesmo” (A3). Tal adaptação visa ampliar o acesso às orientações e favorecer a compreensão das informações em saúde.

Categoria 2: Tecnologias de Comunicação para o Cuidado na APS

A categoria 2 evidencia que a digitalização do cuidado na APS é um processo simultaneamente transformador e contraditório. As tecnologias digitais ampliaram o alcance, a agilidade e a continuidade do cuidado. Ao mesmo tempo, introduziram novos desafios: sobrecarga profissional, exclusão digital de populações vulneráveis e um paradoxo fundamental, os mesmos canais utilizados para orientar tornam-se veículos de circulação de desinformação.

Dois achados emergentes se destacam nesta categoria: o rádio como mídia comunitária com relevância territorial específica, que alcança populações invisíveis ao universo digital (IC 2.2) e o uso de áudio no *WhatsApp* como adaptação pedagógica ao letramento limitado (IC 2.3). Ambos revelam que os profissionais da APS constroem soluções criativas para enfrentar as limitações do ecossistema comunicacional em que atuam.

IC 2.1 — *WhatsApp* como principal ferramenta digital de comunicação e orientação

O *WhatsApp* emergiu como a principal tecnologia digital de comunicação entre profissionais e usuários da APS. Sua presença é transversal a todas as categorias profissionais. Os discursos revelam três dimensões: a agilidade operacional, a aproximação com o usuário e a extensão do cuidado além da unidade.

Os relatos dos participantes evidenciaram a ampla utilização do *WhatsApp* no desenvolvimento das atividades na APS. Seu uso abrange desde funções mais pontuais, como o envio de comunicados aos usuários, por exemplo, a disponibilização de resultados de exames ou o agendamento de consultas, até a criação de grupos destinados à disseminação de informações e orientações em saúde. A utilização desta ferramenta para a realização de orientações, esclarecimento de dúvidas, bem como a criação de grupos com os usuários também foi descrita na pesquisa de Alvarenga *et al.* (2022), constando o meio digital e a utilização da *internet*, principalmente o *WhatsApp* presente no cotidiano do trabalho da APS.

A agilidade no envio de informações foi a característica mais destacada pelos profissionais de saúde, que reconhecem os benefícios do uso dessa tecnologia. Contudo, também apontam limitações, especialmente no que se refere ao acesso e à utilização por usuários idosos ou com baixo nível de letramento. Diante disso, considerando o conhecimento sobre a população do território, os profissionais adotam estratégias como o envio de mensagens de áudio via *WhatsApp*, com o objetivo de facilitar a comunicação e ampliar a compreensão.

Para Meirelles; Teixeira; França (2022), o *WhatsApp* foi considerado um facilitador para a rápida disseminação de informações, especialmente no envio de materiais didáticos para profissionais e conteúdos informativos para usuários. As funcionalidades mais utilizadas, como troca de mensagens, compartilhamento de documentos e grupos, indicam que seu uso está voltado principalmente à informação e divulgação das ações de educação permanente em saúde.

IC 2.2 — Redes sociais institucionais, não institucionais e rádio como fontes de informação em saúde

O ecossistema de mídias que opera na comunicação em saúde da APS é mais amplo do que o digital. *Instagram*, *Facebook*, *TikTok* e *WhatsApp* coexistem com o rádio, que emergiu como mídia comunitária de grande relevância territorial, especialmente em municípios menores e em populações rurais ou com baixo letramento digital. Ao mesmo tempo que os profissionais de saúde relataram a utilização das redes sociais para divulgação de informações sobre saúde, também mencionam uma fonte tradicional de mídia, o rádio.

O uso do rádio como difusor de informações sobre prevenção de doenças é realizado há décadas, é um dos meios de comunicação de maior extensão na sociedade brasileira, consumido por 79% da população brasileira, segundo pesquisa da Kantar IBOPE Media (Sindiradio, 2025). Nesse contexto, a educação em saúde é uma estratégia que pode ser amplamente difundida pelo rádio, por ser um meio acessível à população. A utilização dos programas de educação em saúde via rádio, em parceria com as unidades de saúde, pode possibilitar a divulgação de atividades, rotinas, prazos, locais e horas de atendimento da equipe de saúde, bem como mobilizar a participação das famílias que têm dificuldades de acesso aos serviços de saúde.

Na área rural, em lugares de difícil acesso ou área sem cobertura da APS, onde os ACSs não podem ou sentem dificuldade em realizar suas atividades de acompanhamento das famílias, como a realização da visita domiciliar, os programas de saúde via rádio apresentam-se como alternativa de informação em educação em saúde (Silva *et al*, 2017).

Quanto às redes sociais em geral, alguns participantes relataram a utilização de suas redes pessoais, principalmente *Instagram* e *Facebook* para compartilhamento de informações sobre saúde, outros preferem não divulgar nada relacionado à saúde e apenas citam a divulgação de informações e orientações sobre saúde realizada pelas redes sociais oficiais do município, seja da prefeitura ou da secretaria municipal de saúde.

Não é incomum que profissionais de saúde utilizem perfis pessoais em redes sociais para a disseminação de conteúdos relacionados à saúde. Contudo, entende-se que essa prática requer cautela, uma vez que, embora os indivíduos possam expressar opiniões próprias, sua atuação frequentemente os coloca em posição de visibilidade pública e influência. Nesse sentido, mesmo publicações realizadas em perfis pessoais tendem a estabelecer conexões com a identidade profissional, o que demanda responsabilidade quanto ao conteúdo divulgado.

Dessa forma, ressalto a importância de criteriosa avaliação das informações compartilhadas, especialmente no campo da saúde. Ademais, é fundamental que os profissionais desenvolvam a capacidade de reconhecer desinformações, a fim de evitar sua reprodução ou validação indevida, considerando os potenciais impactos que tais conteúdos podem gerar sobre os usuários.

Dentre os profissionais entrevistados, destaca-se o relato de um profissional da categoria médica que, mesmo no contexto atual de ampla conectividade, mantém resistência ao uso de redes sociais. O participante afirmou nunca ter utilizado tais plataformas, restringindo seu uso de tecnologias de comunicação ao *WhatsApp*.

“Não tenho rede social, nem particular minha não tenho e nem profissional. Não gosto muito dessa questão de me expor. Então, assim, meio que por privacidade mesmo. Apesar de não ter, eu vejo mais positivo isso do que negativo. Claro, tem muito

paciente que vê coisas que não, que geralmente não condiz na realidade mesmo, mas assim, de forma geral já vem com um certo nível de instrução, ou já viu um vídeo a respeito, já viu uma informação, eu acho que é mais benéfico do que maléfico. Tem a parte ruim, a parte da ansiedade, pelo excesso de informações, a parte da rede social, mas com certeza, para passar uma informação para um maior número de pessoas, com certeza é bem benéfico” (M4).

Embora o profissional opte por não utilizar plataformas digitais, reconhece seu potencial como estratégias eficazes para a disseminação de informações em saúde, especialmente pela rapidez com que permitem alcançar um grande número de pessoas em curto intervalo de tempo. Contudo, ressalta a preocupação com a infodemia e a circulação concomitante de desinformação nesses ambientes, o que frequentemente induz à aceitação acrítica de conteúdos que nem sempre possuem validação científica.

IC 2.3 — Desigualdade de acesso e letramento digital como limite da comunicação tecnológica

A tecnologia de comunicação do cuidado encontra um limite estrutural na desigualdade de acesso e no letramento digital diferenciado da população. Idosos, moradores de áreas rurais e pessoas de baixa escolaridade são os mais suscetíveis a essa exclusão, o que impõe à equipe a manutenção de estratégias presenciais e analógicas em paralelo.

Conforme o relatório de visão geral digital We Are Social (2025), 54,5% da população rural mundial possui acesso a internet, um número consideravelmente inferior aos 86,5% de adoção da internet observados nas populações urbanas.

A desigualdade de acesso digital emerge como dimensão estrutural que impede a universalização da comunicação tecnológica em saúde, reafirmando a centralidade das estratégias presenciais e do vínculo como fundamentos insubstituíveis do cuidado na APS. A fala de E1 reforça essa situação: *“muitos não têm acesso ainda ao celular, ou têm acesso e não sabem mexer”*.

O acesso desigual às tecnologias e a falta de capacitação de profissionais e usuários são barreiras para o avanço do letramento digital em saúde. A literatura aponta que populações vulneráveis como idosos, pessoas com menor escolaridade e residentes de áreas rurais enfrentam maiores dificuldades para acessar e utilizar tecnologias digitais. Diante disso, os desafios relacionados ao letramento digital e midiático, bem como ao combate à desinformação, exigem ações integradas e colaborativas, com estratégias adaptadas às necessidades e realidades de cada grupo populacional (Mendonça; Sousa, 2025).

A fala de E1 permite compreender que os limites da comunicação mediada por tecnologias na APS não decorrem apenas da disponibilidade de recursos digitais, mas da forma desigual como esses recursos são incorporados ao cotidiano dos usuários. Nesse sentido, a exclusão digital deve ser entendida como um fenômeno multidimensional, que envolve barreiras de acesso material, dificuldades operacionais no uso dos dispositivos e limitações na compreensão crítica das informações em saúde. Tal achado é particularmente relevante na APS, pois evidencia que a expansão das ferramentas digitais não elimina a necessidade de estratégias comunicacionais presenciais, relacionais e territorialmente sensíveis. Ao contrário, quando a mediação tecnológica é introduzida em contextos marcados por envelhecimento, baixa escolaridade, vulnerabilidade social e residência em áreas rurais, ela pode aprofundar iniquidades já existentes, caso não seja acompanhada por suporte profissional e por ações de letramento digital em saúde.

Assim, mais do que ampliar o uso de tecnologias, o desafio colocado aos serviços consiste em garantir que sua incorporação ocorra de modo equitativo, considerando as condições concretas de vida da população e preservando o vínculo como dimensão central do cuidado. Nessa direção, a persistência de estratégias analógicas e presenciais não deve ser interpretada como atraso ou resistência à inovação, mas como expressão da responsividade da equipe diante das desigualdades que atravessam o território e condicionam o acesso à informação, à comunicação e ao próprio cuidado em saúde.

Categoria 3: Circulação da Desinformação no Território

A análise da Categoria 3 revelou quatro ideias centrais que estruturam os mecanismos de circulação da desinformação em saúde: o *WhatsApp* como via principal de entrada; as redes sociais como ambiente amplificador sem filtro; a circulação horizontal via vínculos de confiança comunitários; e a pandemia como catalisador da infodemia vacinal.

Estes discursos são atravessados por um paradoxo central identificado no corpus, os mesmos vínculos de confiança que sustentam o cuidado educativo na APS (Categoria 1) são também o principal vetor de legitimação da desinformação no território.

A categoria 3 revela que a desinformação em saúde no território da APS é um fenômeno multifatorial, multicanal e profundamente enraizado nas redes de confiança que estruturam a vida comunitária. Sua circulação não é aleatória, segue lógicas específicas de credibilidade informal, explorando vínculos afetivos, formatos audiovisuais persuasivos e o efeito de eco das plataformas digitais.

A tensão central identificada nesta categoria, o *WhatsApp* como ferramenta simultânea de cuidado e desinformação, não tem solução simples. Os profissionais não podem abandonar o canal que é também o principal meio de comunicação da população. Estudo de Vendruscolo *et al.* (2020) conclui entre os principais desafios da APS, o próprio perfil dos profissionais por não demonstrarem competências necessárias ao uso da informação, bem como aos problemas estruturais para a inserção de novas tecnologias na APS.

Assim, os profissionais precisam qualificar o uso da TIC e desenvolver competências específicas para identificar, problematizar e enfrentar a desinformação no mesmo ambiente em que ela circula. Isso implica reconhecer que as tecnologias de comunicação e informação não são neutras, mas espaços atravessados por disputas de sentidos, credibilidade e poder, exigindo dos profissionais não apenas domínio técnico, mas também habilidade comunicacional, senso crítico e preparo ético-político para o cuidado em saúde.

IC 3.1 — *WhatsApp* como principal canal de circulação de desinformação em saúde

O *WhatsApp* emerge simultaneamente como principal ferramenta de cuidado educativo (Categoria 2) e como principal via de entrada da desinformação no território. Essa dupla face do aplicativo é um dos achados mais relevantes da pesquisa: os profissionais utilizam o mesmo canal que combate a desinformação para tratar as consequências dela. Os discursos revelam dois mecanismos distintos: a chegada direta por mensagens e a amplificação via grupos familiares.

Não foram incomuns os relatos dos participantes que apontam os grupos de *WhatsApp*, principalmente entre familiares, como a principal origem ou fonte de propagação de desinformação. Dessa forma, o *WhatsApp*, amplamente utilizado por profissionais para orientações em saúde e no enfrentamento à desinformação, também pode acabar contribuindo para a disseminação desse mesmo problema.

Entende-se que é fundamental desenvolver ferramentas que ajudem os usuários a avaliar a credibilidade das mensagens e detectar desinformação (Alsaad; Aldossary, 2024). Especialmente ao considerar que 79% dos usuários do *WhatsApp* são do Brasil, e que em sua maioria são pessoas com 45 anos ou mais que utilizam essa ferramenta como sua principal fonte de informação, revelando um dado extremamente relevante (Domingues, 2021).

IC 3.2 — Redes sociais como ambiente ampliado de disseminação de conteúdos não verificados

As redes sociais constituem o ambiente onde a desinformação ganha velocidade e escala. Os discursos revelam dois mecanismos distintos: a circulação sem verificação e a repetição como mecanismo de convencimento.

Conforme Vitoria e Mendes (2025), as redes sociais, em particular, desempenham um papel central na propagação da desinformação, facilitando a disseminação rápida e generalizada de informações falsas.

Segundo os relatos dos profissionais, os usuários tendem a receber informações por meio das redes sociais e a aceitá-las como verdades absolutas, sem proceder à verificação de sua veracidade. Ademais, observa-se que quanto maior a circulação dessas informações, maior é o grau de confiança atribuído por aqueles que as recebem. Diante dessa confiança, os usuários passam a compartilhar tais informações, contribuindo para a sua disseminação e, conseqüentemente, para a amplificação da desinformação.

IC 3.3 — Circulação horizontal em redes familiares e comunitárias

Paralelamente às vias digitais, a desinformação circula por redes interpessoais presenciais: conversas de vizinhança, grupos de amigos e reuniões familiares. Nesses circuitos, a credibilidade da informação é determinada não pelo conteúdo nem pela fonte original, mas pelo grau de confiança no emissor imediato. Esse mecanismo é especialmente relevante em territórios menores, onde a rede de relações é densa e a informação se propaga com velocidade.

O fato do emissor da informação ser alguém próximo já é sustentado pelo usuário como sendo uma fonte verdadeira, sem nem mesmo gerar qualquer questionamento quanto à origem da informação, o vínculo de confiança como critério de validação da informação. As pessoas tendem a atribuir confiança de forma quase automática às informações compartilhadas por indivíduos de seus círculos próximos, sem demandar a presença explícita de sinais de credibilidade e confiabilidade, os quais se tornam mais relevantes em contextos comunicacionais marcados pela interação entre desconhecidos (Masip *et al.*, 2021; Chadwick, Vaccari e Hall, 2024).

Uma evidência de dimensão cultural e contextual da desinformação é destaque em relação ao chimarrão como espaço de circulação de desinformação. O relato de A1 é um dado etnograficamente rico que ilustra a especificidade territorial da circulação informal.

“É tanto das redes sociais como das próprias vizinhanças, porque se um, às vezes a pessoa vai lá e faz a vacina e desencadeia alguma coisa, uma gripe ... Daí eles dizem, não faça porque eu quase morri. Aí então, ela não vai fazer porque fez mal pro vizinho e daí a conversa, porque esse povo que não trabalha, os idosos, eles têm tempo pra

passar e tomar chimarrão, o serviço deles é um na casa do outro tomando chimarrão, principalmente de manhã. Então, aí foi.” (A1)

As conversas em rodas de chimarrão são práticas comuns na região Sul do Brasil onde a pesquisa foi realizada, constituindo espaços em que circulam diversos temas. Outros participantes também apontam vizinhos e familiares como importantes fontes de desinformação, ainda que não associem diretamente esse fenômeno ao contexto cultural dessas interações. No entanto, é reconhecido que, especialmente entre idosos, as rodas de chimarrão são ambientes habituais de discussão sobre temas de saúde, o que pode favorecer a disseminação de informações incorretas.

IC 3.4 — Intensificação da desinformação na pandemia de Covid-19

A pandemia de Covid-19 representa o marco temporal mais citado no corpus para descrever a intensificação da desinformação em saúde, funcionou como catalisador de uma desconfiança estrutural que ainda não se dissipou, com efeitos mensuráveis na queda da cobertura vacinal. Os discursos revelam dois fenômenos interligados: a sobrecarga informacional que confundiu a população durante o período crítico, e a consolidação de uma desconfiança vacinal que se estendeu para além do Covid-19, contaminando a percepção sobre outras vacinas do calendário regular.

Desde a criação do SUS, as coberturas vacinais no Brasil cresceram significativamente, ultrapassando 95% para diversas vacinas e contribuindo para o controle e a eliminação de várias doenças imunopreveníveis. No entanto, o Programa Nacional de Imunizações (PNI), enfrenta obstáculos, como a hesitação vacinal, impulsionada pela desinformação, pela baixa percepção do risco e pelas barreiras geográficas e administrativas no acesso aos serviços de vacinação.

De acordo com um inquérito nacional realizado entre 2020 e 2021, entre os principais motivos para a não vacinação completa das crianças, pais ou responsáveis destacaram: a pandemia de covid-19; o receio de efeitos adversos; a desinformação e crenças equivocadas, como a ideia de que a doença “não existe mais”; a contraindicação por parte de profissionais de saúde; e a influência de amigos e familiares (Fernandes; Percio; Maciel, 2025).

“Nós temos um problemão aqui com a vacina do Covid... quando deu seis meses, eu digo, ó mãe, temos a vacina do Covid, que agora entrou na rotina e tal, né? Não, não quero fazer... Eu tento convencer, alguns até sim, mas é muito pouco, eles são muito resistentes” (T2).

Diversas estratégias vêm sendo adotadas pelo PNI para enfrentar os desafios atuais, incluindo campanhas de mobilização, ações de microplanejamento, modernização da rede de frio, fortalecimento da farmacovigilância de vacinas e a implementação do programa Saúde com Ciência, voltado à divulgação de conhecimento científico de forma acessível à população. Todas essas iniciativas com o objetivo de recuperar as altas coberturas vacinais, garantindo a proteção da população contra a reintrodução e a disseminação de doenças imunopreveníveis (Fernandes; Percio; Maciel, 2025).

Categoria 4: Estratégias de Enfrentamento da Desinformação na APS

A Categoria 4 revela que os profissionais da APS desenvolveram um repertório de estratégias para enfrentar a desinformação que é, ao mesmo tempo, criativa e frágil. Criativo porque foi construído na prática, sem formação específica, a partir da experiência acumulada e da sensibilidade para o que funciona com cada usuário. Frágil porque depende inteiramente do esforço individual, sem respaldo institucional, sem protocolo compartilhado, sem capacitação, lacunas que serão aprofundadas na Categoria 5.

A análise revela duas ideias centrais que organizam o repertório de enfrentamento: o uso de fontes e protocolos oficiais como respaldo técnico e o reconhecimento dos limites estruturais e do esgotamento profissional frente a um fenômeno que supera a capacidade individual de resposta.

Destaque especial para a IC 4.2, que foi ampliada a partir das sugestões de validação: as falas de E2 sobre desânimo e esgotamento profissional são excepcionalmente ricas e fundamentam um DSC emergente sobre o impacto subjetivo do enfrentamento continuado da desinformação.

IC 4.1 — Uso de protocolos e fontes oficiais para legitimar a orientação dos profissionais de saúde

Diante da desinformação revestida de autoridade informal, alguns profissionais recorrem ao respaldo institucional como estratégia de legitimação da orientação considerada correta. Ao explicitar que determinada conduta está ancorada em protocolos do Ministério da Saúde, notas técnicas ou diretrizes oficiais, deslocam a discussão do campo das opiniões para o campo técnico-científico, reforçando a credibilidade da orientação ofertada.

Nesse contexto, o esclarecimento verbal permanece no centro do repertório comunicacional, por constituir o recurso mais acessível, flexível e dependente do vínculo estabelecido com o usuário. Entre as estratégias identificadas, destaca-se ainda a abordagem não confrontativa voltada ao estímulo da reflexão crítica, que se mostra mais elaborada do ponto de vista comunicacional, embora menos presente entre as categorias técnicas, o que sinaliza a necessidade de processos formativos específicos para o enfrentamento da desinformação em saúde.

Observa-se que esta IC encontra maior sustentação nos discursos de médicos e enfermeiros. Entre as ACS, o uso explícito de fontes e protocolos oficiais aparece de modo menos direto, sendo mais frequente a referência à orientação da enfermeira ou da médica do que propriamente aos documentos normativos. Tal achado parece refletir a própria hierarquia da comunicação técnico-científica na APS e evidencia formas distintas de apropriação e mobilização da autoridade institucional entre as categorias profissionais. Ao mesmo tempo, ressalta o papel da enfermagem como mediação fundamental entre o conhecimento normativo, a organização do cuidado e a tradução das orientações para o cotidiano dos usuários.

Essa interpretação dialoga com a OPAS (2025), ao destacar que o fortalecimento das equipes multiprofissionais na APS é condição central para a construção de estratégias educativas eficazes e sensíveis às diferentes realidades sociais. Nessa direção, a APS não apenas amplia o acesso ao cuidado, mas também assume papel estratégico no enfrentamento da desinformação, ao favorecer uma comunicação clara, contínua e culturalmente sensível. Em um cenário marcado pela circulação ampliada de informações falsas ou distorcidas em plataformas digitais, com repercussões importantes sobre a hesitação vacinal e a adesão às práticas preventivas, sobressai a atuação do enfermeiro como agente central na mediação do cuidado, na comunicação em saúde e na sustentação de práticas orientadas por evidências.

IC 4.2 — Reconhecimento de limites estruturais e esgotamento profissional

Os discursos sobre estratégias de enfrentamento não estariam completos sem o contraponto dos limites. Os profissionais reconhecem com clareza as fronteiras do que é possível fazer individualmente diante de um fenômeno sistêmico e de escala. Resistência dos usuários, tempo insuficiente na consulta e a sensação crescente de desânimo frente a desinformação que continua circulando compõem um quadro de esgotamento profissional que merece atenção.

Embora a APS seja reconhecida como fundamental para a efetividade dos serviços de saúde, ainda enfrenta limitações organizacionais e desafios na coordenação do cuidado. Apesar da expansão territorial, persistem fragilidades como infraestrutura insuficiente, sobrecarga de atendimentos, a precarização dos processos de trabalho, a escassez de recursos, a ausência de uma rede intersetorial robusta e as dificuldades em promover o engajamento da comunidade (Santos *et al.*, 2025).

A fala de E2 apresenta a experiência de esgotamento profissional com riqueza e intensidade. A fala “eu acho que nao tem como reverter isso”, não é uma declaração de fraqueza individual, é o sintoma de um sistema que delega a profissionais individualmente a tarefa de combater um fenômeno estrutural e sistêmico, sem dar a eles as ferramentas, o tempo e o suporte necessários para isso.

Esta categoria descreve um ciclo que se retroalimenta. A ausência de capacitação formal, empurra os profissionais para a aprendizagem exclusivamente empírica, que é lenta, desigual e dependente de contexto, gerando o reconhecimento de que isso não é suficiente. O ciclo se fecha: sem formação, sem protocolo, sem resposta institucional, cada profissional reinventa a roda, pagando o custo disso em esforço, incerteza e esgotamento.

Categoria 5: Formação, Preparo Institucional e Necessidades para o Enfrentamento da Desinformação

A ausência de capacitação é quase unânime no corpus, com uma exceção analiticamente fundamental, e configura uma lacuna formativa que explica, em grande parte, tanto as limitações das estratégias quanto o esgotamento profissional identificado da Categoria 4.

Esta categoria organiza três ideias centrais que descrevem o ciclo da não-formação: ausência de capacitação formal, aprendizagem empírica que ocupa esse vazio, reconhecimento da necessidade de qualificação e ausência de protocolo institucional. Juntas, retratam um campo de prática altamente demandado, mas institucionalmente desassistido.

IC 5.1 — Ausência de capacitação formal específica sobre desinformação em saúde

A IC 5.1 apresenta a sustentação mais consensual de todo o corpus. Com uma única exceção (A5), enfermeiros, médicos, ACS e técnicos declararam nunca ter recebido capacitação formal específica para lidar com a desinformação em saúde. A recorrência de respostas diretas e categóricas — “não”, “nunca”, “não recebi” — confere robustez empírica ao achado e indica

que essa ausência não constitui um episódio pontual, mas uma lacuna amplamente disseminada entre distintas categorias profissionais da APS.

Além da objetividade das respostas, alguns profissionais demonstraram desconforto diante da questão, especialmente por se tratar de uma negativa em relação a um tema que atravessa o cotidiano do trabalho em saúde. Esse movimento sugere que a ausência de capacitação não é percebida apenas como falta de oferta formativa, mas também como expressão de uma insuficiência institucional frente a um problema já reconhecido no plano da prática. Assim, o receio e o constrangimento identificados em algumas falas podem ser compreendidos como indícios de que os profissionais se veem convocados a enfrentar a desinformação sem dispor, contudo, de suporte técnico-pedagógico sistemático para isso.

A experiência de A5, única profissional que referiu ter recebido capacitação específica sobre *fake news* em saúde por meio de curso técnico do CONASEMS, constitui um contraste analítico importante. Seu relato demonstra que existem possibilidades concretas de qualificação para esse campo; entretanto, justamente por seu caráter excepcional, evidencia que tais oportunidades ainda não se encontram incorporadas de forma sistemática e capilarizada aos processos formativos dirigidos aos trabalhadores da APS. Desse modo, o caso singular não enfraquece a tendência geral do corpus, mas, ao contrário, reforça o caráter estrutural da lacuna identificada.

A contundência da IC 5.1 permite interpretá-la para além de um dado descritivo. Trata-se de um achado que revela descompasso entre a crescente centralidade da desinformação no cotidiano dos serviços e sua ainda limitada incorporação como objeto legítimo da formação em saúde. Embora a desinformação seja reconhecida pelos próprios profissionais como problema relevante no encontro com os usuários, não se observam ações formativas sistemáticas capazes de instrumentalizá-los para o enfrentamento qualificado desse fenômeno.

Na ausência desse suporte, a resposta tende a permanecer ancorada em esforços individuais, experiências acumuladas no cotidiano e estratégias improvisadas, o que fragiliza a consistência das práticas e amplia a responsabilização individual dos trabalhadores diante de um problema que é, fundamentalmente, coletivo e estrutural.

Nessa direção, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) oferece importante chave interpretativa. O Ministério da Saúde instituiu a PNEPS com o objetivo de fortalecer o SUS, fundamentando-se na aprendizagem no trabalho e a partir dos problemas reais dos serviços, de modo a incentivar a reflexão coletiva e a transformação das práticas. Com essa política, a educação permanente ganhou destaque na formação dos profissionais, especialmente por meio de três iniciativas principais: polos de educação permanente, formação de facilitadores

e rede de municípios colaboradores, promovendo a articulação entre gestores, instituições de ensino, profissionais, estudantes e serviços de saúde (Brasil, 2024c).

À luz desse referencial, a ausência de capacitação específica sobre desinformação em saúde adquire significado ainda mais relevante, pois evidencia limites na capacidade institucional de transformar problemas emergentes do cotidiano em agenda efetiva de formação. Se a Educação Permanente na APS pressupõe processos de transformação ancorados na percepção dos trabalhadores sobre suas próprias práticas e na reflexão crítica sobre as condutas, a desinformação deveria constituir objeto privilegiado desses processos, uma vez que atravessa diretamente a comunicação em saúde, o vínculo com os usuários e a produção do cuidado.

A baixa institucionalização da EPS sobre desinformação em saúde como tema formativo sugere, portanto, não apenas uma lacuna pedagógica, mas também uma fragilidade na priorização político-institucional de competências comunicacionais, informacionais e críticas necessárias ao trabalho em saúde na contemporaneidade.

Tal interpretação converge com a compreensão de que a Educação Permanente na APS demanda estratégias baseadas na problematização do cotidiano de trabalho e da formação em saúde, visando à transformação dos serviços por meio da reorganização e ressignificação do processo de trabalho. No entanto, alguns fatores configuram-se como limitantes à qualificação dos trabalhadores, entre eles a sobrecarga de trabalho, a ausência de planejamento para implementação das ações, a desvalorização por parte dos gestores e a descaracterização das diretrizes da EPS em função do desconhecimento (Dantas et al., 2021).

Nesse contexto, a ausência de formação específica sobre desinformação em saúde pode ser compreendida não como falha isolada, mas como expressão dessas fragilidades mais amplas que tensionam a efetivação da EPS nos serviços. Assim, a IC 5.1 evidencia que o enfrentamento da desinformação vem sendo incorporado ao cotidiano da APS sem a correspondente sustentação institucional no campo da formação.

Isso faz com que os profissionais sejam convocados a manejar disputas de sentido, avaliar informações circulantes e mediar tensões entre saberes técnico-científicos e conteúdos difundidos nas redes e nos territórios, muitas vezes sem preparação formal para tal. Mais do que ausência de cursos, o que se revela é a permanência de um vazio formativo diante de um problema que já se instalou como componente do processo de trabalho em saúde.

IC 5.2 — Aprendizagem empírica baseada na prática cotidiana

Na ausência de formação formal, os profissionais desenvolveram competências para lidar com a desinformação de uma única forma possível, aprendendo na prática, por tentativa e erro, acumulando experiência e reelaborando estratégias ao longo do tempo. Dois DSCs capturam dimensões complementares: a aprendizagem longitudinal construída na vivência e a aprendizagem reativa como resposta a crises informacionais específicas.

Essa aprendizagem empírica se materializa na adoção de estratégias educativas voltadas tanto ao enfrentamento da desinformação quanto à abordagem de outros temas relacionados à saúde. Com o objetivo de ampliar a adesão da população, os profissionais passam a desenvolver diferentes formas de transmissão do conhecimento, que extrapolam a comunicação tradicional realizada durante a consulta individual. Destacam-se, nesse sentido, ações em grupo e abordagens diversificadas, orientadas à qualificação do processo educativo e à ampliação do acesso a informações fidedignas.

Um exemplo dessa adaptação prática aparece na fala de E3, ao relatar a busca por formas alternativas de comunicação com a comunidade:

A gente tenta sempre modificar as formas de comunicação, em alguns momentos tenta fazer coisas diferentes. Por exemplo, a gente teve Teatro Maio Laranja, que aí você consegue envolver o público infantil, trazer um entendimento diferente (E3).

A utilização da teatralização na educação em saúde configura-se como uma estratégia para superar o modelo tradicional, unilateral e verticalizado de transmissão de conhecimentos. Ao articular elementos da arte, da ciência e da cultura, favorece o estabelecimento do diálogo e a construção de vínculos entre profissionais e usuários. Nesse contexto, a linguagem teatral potencializa o processo educativo ao se apresentar como um método criativo e integrador, que amplia as possibilidades de aprendizagem e promove a troca de saberes de forma mais participativa e significativa (Santos; Paro, 2018).

As entrevistas também evidenciaram a baixa adesão dos usuários às ações de educação em saúde, especialmente aos grupos desenvolvidos na APS. Diante disso, os profissionais buscam adotar metodologias alternativas com o intuito de ampliar o alcance das ações junto à população do território. Tal movimento sugere que, mesmo sem capacitação formal específica, os trabalhadores constroem, no cotidiano, respostas pedagógicas situadas, orientadas pela experiência concreta e pela necessidade de tornar a comunicação em saúde mais acessível, atrativa e efetiva.

IC 5.3 — Reconhecimento da necessidade de qualificação específica

Apesar de não terem recebido formação específica para enfrentar a desinformação em saúde, os profissionais reconhecem com clareza a necessidade de qualificação específica. Esse reconhecimento mostra-se duplo: de um lado demanda de conteúdo técnico sobre o fenômeno da desinformação; de outro, evidencia a necessidade de desenvolvimento de competências comunicacionais e relacionais, igualmente estratégicas e, muitas vezes, ainda menos disponíveis nos processos formativos.

A Portaria GM/MS nº 8.284/2025 (Brasil, 2025), foi criada após pactuação de estados e municípios para garantir a formação e EPS dos profissionais da APS, possibilitando a garantia da liberação por até dezesseis horas mensais de sua carga horária para participarem de cursos e outras formações, desde que observadas as condições de organização local do trabalho e de não desassistência à população. As atividades formativas devem ser definidas periodicamente após discussões sobre os processos de trabalho em cada unidade, com temas relacionados à APS.

Embora a EPS já integre historicamente o escopo do SUS, conforme os fundamentos da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde instituída pela Portaria nº 198/GM, de 13 de fevereiro de 2004, e posteriormente regulamentada por novas diretrizes em 2007 (Brasil, 2004c; Brasil, 2007), a publicação da Portaria GM/MS nº 8.284/2025 representa um passo importante ao detalhar critérios de organização, qualificação e monitoramento das formações no âmbito da APS, além de conferir maior concretude à garantia de participação dos trabalhadores. Nesse sentido, configura-se como uma oportunidade estratégica para a qualificação sobre desinformação, entre outros temas igualmente relevantes para a prática em saúde.

Nesse sentido, a normativa configura-se como oportunidade estratégica para incluir de maneira mais sistemática, temas ainda pouco institucionalizados nos processos formativos da APS, entre eles a desinformação. Tal inclusão mostra-se especialmente relevante, porque o enfrentamento da desinformação não depende apenas do domínio técnico-científico de conteúdos corretos, mas também da capacidade de comunicação, escuta qualificada, criação de vínculos e estratégias de mediação de conflitos entre profissionais e usuários. Em consonância com esse entendimento, a OMS destaca que os trabalhadores da saúde, frequentemente percebidos como fontes confiáveis de informação, devem ser capacitados para identificar e enfrentar a desinformação em saúde (WHO, 2022).

A categoria 5 expõe uma das contribuições mais relevantes desta pesquisa para o campo das políticas de saúde: a ausência sistemática de formação e de suporte institucional para o

enfrentamento da desinformação na APS é um problema estrutural, não individual. Os profissionais não se encontram despreparados por negligência ou descuido, mas porque o sistema, até muito recentemente, não incorporou de modo mais explícito e operacional esse tema como objeto prioritário da EPS. O reconhecimento da necessidade de qualificação específica, portanto, não apenas confirma a pertinência do achado empírico, mas também aponta para uma agenda concreta de fortalecimento institucional da formação em saúde no SUS.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo permitiu compreender as estratégias educativas e tecnológicas de comunicação e informação utilizadas por profissionais da APS/ESF no contexto da Gerência Regional de Saúde do município de Xanxerê/SC para o enfrentamento da desinformação em saúde. Os achados evidenciaram que esse enfrentamento se sustenta, sobretudo, em tecnologias leves do cuidado, com destaque para a comunicação verbal, a adaptação da linguagem, a repetição e o reforço das orientações, a checagem da compreensão e o vínculo construído no acompanhamento longitudinal dos usuários. Tais estratégias demonstram que a educação em saúde, na APS, permanece fortemente ancorada na relação interpessoal e na capacidade dos profissionais de traduzirem o saber técnico para a realidade concreta da população.

No que se refere às TIC, observou-se que ferramentas como o *WhatsApp*, o uso de áudios e outros recursos digitais vêm sendo incorporados ao cotidiano do trabalho como formas de ampliar o acesso, reforçar orientações e manter o acompanhamento dos usuários. As redes sociais, como *Instagram* e *Facebook*, também são utilizadas pelos profissionais e pelos serviços de saúde (institucionais), porém com menor amplificação quando comparada a utilização do *WhatsApp*. Entretanto, também fica evidenciado a utilização do rádio como uma eficiente ferramenta de disseminação de informação, principalmente em territórios rurais.

Contudo, essas mesmas tecnologias digitais, como o *WhatsApp*, também se configuram como importantes vias de circulação da desinformação, revelando a ambivalência do ambiente digital no processo comunicacional em saúde, a mesma ferramenta utilizada para divulgação de informações sobre saúde e acompanhamento do usuário, também é marcada por disseminar desinformação entre a população. Cabe reforçar que as TIC ampliam, mas não substituem o cuidado relacional.

Observou-se que em territórios marcados por desigualdades sociais e por diferentes níveis de letramento e inclusão digital, os profissionais mobilizam estratégias criativas e

adaptativas, mas ainda limitadas pelas condições estruturais do serviço, tais como, a repetição da fala, a linguagem simples e a utilização de áudio em substituição da mensagem escrita, tudo para maior alcance e compreensão do usuário.

Os resultados também evidenciaram fragilidades importantes quanto à formação dos profissionais e ao preparo institucional para o enfrentamento da desinformação. Predomina a construção empírica de estratégias, sustentada pelo esforço individual e pela experiência cotidiana, em um cenário de poucas ações de EPS específicas sobre desinformação, ausência de protocolos e insuficiência de suporte organizacional, mesmo sendo reconhecido como um grave problema na saúde pública. Tal cenário contribui para a sobrecarga dos trabalhadores e aponta que o enfrentamento da desinformação não pode permanecer como responsabilidade isolada dos profissionais, mas evidencia a necessidade de formação sistemática e de políticas institucionais voltadas ao enfrentamento da desinformação.

O estudo contribuiu, portanto, para dar visibilidade às adaptações produzidas pelos profissionais da APS frente às adversidades do cotidiano, muitas vezes mesmo sem qualificação específica para isso. O fato dos profissionais identificarem que nem sempre a mais nova tecnologia é a melhor opção para seu território, pois depende do perfil dos usuários, e muitas vezes esse perfil exige o modelo tradicional de comunicação, como o rádio, ou mesmo a necessidade de adaptações na comunicação. Tais achados reforçam a importância de profissionais sensíveis às especificidades do território e comprometidos com práticas de cuidado contextualizadas e responsivas às necessidades locais.

Entre os achados do estudo, destaca-se o vínculo de confiança como principal critério de validação da informação. Observa-se que o simples recebimento de conteúdo por parte de uma fonte considerada confiável tende a ser suficiente para sua aceitação como verdadeira, sem questionamentos quanto à sua veracidade. Tal dinâmica suscita preocupação, uma vez que o emissor da informação nem sempre dispõe de conhecimento ou comprovação sobre sua veracidade, o que pode favorecer a circulação de conteúdos imprecisos ou equivocados.

Por envolver formação, preparo profissional e manejo da desinformação, o tema pode gerar constrangimento, autocensura ou respostas socialmente desejáveis. Isso pode ter influenciado algumas falas, sobretudo quando os participantes reconheceram ausência de capacitação ou insegurança no enfrentamento do problema.

Sugere-se o desenvolvimento de pesquisas futuras que aprofundem a análise das estratégias de comunicação e educação em saúde na APS, considerando diferentes contextos territoriais, perfis populacionais e dinâmicas socioculturais que atravessam a circulação das informações em saúde.

Conclui-se que a desinformação em saúde atravessa o cotidiano do cuidado na APS e tensiona diretamente o trabalho educativo desenvolvido pelas equipes, desafiando a autoridade técnico-científica, a comunicação em saúde e a construção do vínculo com os usuários. Seu enfrentamento exige mais do que o acesso à informação qualificada, mas o fortalecimento crítico das práticas educativas, o investimento em EPS, o compromisso ético dos profissionais e a consolidação de vínculos que sustentem uma comunicação responsável, capazes de sustentar uma comunicação responsável, dialógica e socialmente comprometida.

Em um cenário marcado pela disputa de sentidos sobre a saúde, fortalecer a APS nesse campo significa não apenas enfrentar informações falsas, mas defender o cuidado, a autonomia dos sujeitos e a própria potência do SUS como espaço de produção de vida, proteção e cidadania.

REFERÊNCIAS

- ABDI - Agência Brasileira de Desenvolvimento Industrial. 2012. **Relatório de Acompanhamento Setorial**: análise geral das tendências e evolução das tecnologias de informação e comunicação. Maio 2012. Disponível em https://www3.eco.unicamp.br/neit/images/stories/arquivos/Relatorios_NEIT/TICS-Maio-de-2012.pdf. Acesso em: 13 set. 2024.
- ALMEIDA, P. F. MEDINA, M. G; FAUSTO, M. C. R; GIOVANELLA, L; BOUSQUAT, A; MENDONÇA, M. H. M. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 1, p. 244–260, set. 2018. DOI <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S116>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/N6BW6RTHVf8dYyPYYJqdGkk/?lang=pt>. Acesso em: 2 maio 2025.
- ALSAAD, E; ALDOSSARY, S. Educational Video Intervention to Improve Health Misinformation Identification on WhatsApp Among Saudi Arabian Population: Pre-Post Intervention Study. **JMIR Formative Research**, v. 8, 2024. DOI:10.2196/50211. Disponível em: <https://formative.jmir.org/2024/1/e50211>. Acesso em abril 2026.
- ALVARENGA, J. P. O; COSTA, L. D.; ANDRADE, N. F; MENDONÇA, A. V. M; SOUSA, M. F. Gestão da Informação e Tradução do Conhecimento no trabalho de Enfermeiros(as) da Atenção Primária à Saúde no estado da Paraíba - Nordeste do Brasil. **Tempus - Actas de Saúde Coletiva**. v. 16 n. 4, 2022. DOI: <https://doi.org/10.18569/tempus.v16i4.3063>. Disponível em: <https://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/3063>. Acesso em nov. 2025.
- ARDAKANI, F. M; SOTOUDEH, A; ASADIAN, A; HEYDARI, S; ZAREIPOUR, M. The Effect of an Educational Intervention Based on the Health Action Process Approach on Nurses' Communication Skills. **Investigacion y Educacion en Enfermería**, v. 42, n. 1, 2024. DOI: 10.17533/udea.iee.v42n1e13. Disponível em <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1554633>. Acesso em: 16 maio 2025.
- ASSIS, V. L. B; FERNANDES, M. C. B; VALENÇA, J. T. S; LYRA, D. P. Práticas educativas e a formação para Atenção Primária: O Médico como educador em Saúde. **Research, Society and Development**. Vol. 10, n.7, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i7.16369>. Disponível em: <https://rsdjournal.org/rsd/article/view/16369/14569>. Acesso em abril 2026.
- AUGUSTO, C. A; SOUZA, J; DELLAGNELO, E. H. L; CARIO, S. A. F. Pesquisa Qualitativa: rigor metodológico no tratamento da teoria dos custos de transação em artigos apresentados nos congressos da Sober (2007-2011). **Revista de Economia e Sociologia Rural**, v. 51, n. 4, 2013. <https://doi.org/10.1590/S0103-20032013000400007>. Disponível em <https://www.scielo.br/j/resr/a/zYRKvNGKXjbDHtWhqjxMyZQ>. Acesso em: 07 Ago. 2024.
- BEZERRA, Barbara de Almeida. Informação e Desinformação na saúde pública: o contexto das vacinas. **Revista Científica Multidisciplinar**, v. 3, n. 5, 2022. DOI: <https://doi.org/10.47820/recima21.v3i5.1424>. Disponível em: <https://recima21.com.br/index.php/recima21/article/view/1424>. Acesso em: 07 set. 2024.

BENDER, J. D; FACCHINI, L. A; LAPÃO, L. M. V; TOMASI, E; THUMÉ, E. Evolution of the availability of Information and Communication Technologies in primary health care in Brazil, 2012 to 2018. **Revista brasileira de epidemiologia**, v. 27, 2024. DOI <https://doi.org/10.1590/1980-549720240021>. Disponível em <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/fNnQPgdR6QkMcX8VZJrJwmG/?lang=en>. Acesso em: 14 mar. 2025.

BRASIL, Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/acao-a-informacao/legislacao/resolucoes/2012/resolucao-no-466.pdf/view>. Acesso em: 18 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco [Internet] 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf. Acesso 26 jun. 2024.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 17 jun. 2025.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 8.284, de 30 de setembro de 2025. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-8.284-30-de-setembro-de-2025-660007189>. Acesso em fev. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Como identificar e combater a desinformação em saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-com-ciencia/cartilha-como-identificar-e-combater-a-desinformacao-em-saude>. Acesso em: 20 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Desinformação sobre saúde: Vamos enfrentar esse problema. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024b. Disponível em: https://inctdsi.uff.br/wp-content/uploads/sites/699/2024/03/cartilha_sus_1.pdf. Acesso em: 30 maio 2025.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 198/GM 13 de fevereiro de 2004. Brasília, 2004c. Disponível em: <https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/13150.html>. Acesso em abril 2026.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 10 mar. 2025.

BRASIL. 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. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 10 mar. 2025.

BREVIDELLI, M. M. MOURA, V. P. T; DOMENICO, E. B. L. Promoção do letramento em saúde segundo os Health Literacy Universal Precautions Toolkits: Um estudo de reflexão. **Escola Anna Nery**, v. 28, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2024-0013pt>.

BROWN, A. M. Digital Disinformation Is a Threat to Public Health. **Lerner Center For Public Health Promotion**, v. 31, 2020. Disponível em: <https://surface.syr.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1028&context=lerner>. Acesso em: 12 maio 2025.

CAMPOS, C. F. C; RIOS, I. C. Qual Guia de Comunicação na Consulta Médica É o Mais Adequado para o Ensino de Habilidades Comunicacionais na Atenção Primária à Saúde Brasileira? **Revista Brasileira de Educação Médica**. Ed. 42, v. 3, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v42n2RB20170138>. Acesso em fev. 2026. Disponível em: <http://educa.fcc.org.br/pdf/rbem/v42n3/1981-5271-rbem-42-3-0108.pdf>

CARDOSO, R. B; PALUDETO, S. B; FERREIRA, B. J. Programa de Educação Continuada Voltado ao Uso de Tecnologias em Saúde: Percepção dos Profissionais de Saúde. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 22, n. 3, p 277-284, 2018. DOI:10.4034/RBCS.2018.22.03.12. Disponível em <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/10/947220/35054-93466-2-pb.pdf>. Acesso em: 07 set. 2024.

CARRIÓ, Francisco Borrell. Entrevista clínica: Habilidades de comunicação para profissionais de saúde. Porto Alegre: **Artmed**, 2012. Tradução Naila Freitas. ISBN8496216446.

CASTELO, R. A. B. Estratégias para melhora da comunicação interprofissional na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v. 13, n. 3. 2024. DOI: <https://doi.org/10.18554/reas.v13i3.6146>. Disponível em <https://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/6146>. Acesso em: 02 abr. 2025.

CAVALCANTI, E. O. MARIANO, E. A; MACHADO, M. E; SANTOS, G; MENDES, H. C; SILVA, I. O; DIAS, M; PARANAGUÁ, T. B. Multidimensional view of the health literacy level of adults cared for in primary health care. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v. 33, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2024-0082pt>.

CHADWICK, A; VACCARI, C; HALL, N. A. O que explica a disseminação da desinformação nas redes de mensagens pessoais online? Explorando o Papel da Prevenção de Conflitos. **Jornalismo Digital**, v. 12, n. 5, 574 -593, 2024. <https://doi.org/10.1080/21670811.2023.2206038>. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/21670811.2023.2206038>. Acesso em abril 2026.

CLAUDINO, L. M. Z.; ALBUQUERQUE, M. I. N; MACEDO, V. C.; CAMPELO, F. M. P.; FERNANDES, G. A. S. Tecnologias de Informação e Comunicação: ferramenta de educação em saúde no contexto da Covid-1. **APS em Revista**. Vol. 4, n. 1, p. 27 - 36, Janeiro-Abril, 2022. DOI 10.14295/aps.v4i1.228. Disponível em: <https://aps.emnuvens.com.br/aps/article/view/228/115>. Acesso em Fev. 2026.

COLLIER, R. Educar pacientes com imagens. **CMAJ**, v. 183, n° 15, e1094, 2011. DOI: 10.1503/cmaj.109-3967. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3193128/#:~:text=Of%20course%2C%20the%20concept%20of,comprehension%2C%E2%80%9D%20the%20paper%20states>. Acesso em abril 2026.

CORIOLO-MARINUS, M. W. L. A. Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 1001-1012, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000400019>. Acesso em: 2 maio 2025.

DAPS: Diretoria da Atenção Primária em Saúde. Sala de Situação da APS. Governo do Estado de Santa Catarina. Disponível em <https://atencaoprimaria.saude.sc.gov.br/cnesmunicipiosaps.html>. Acesso em: 14 maio 2025.

DELFINO, S. S; NETO, J. A. S. P; SOUZA, M. R. F. Desafios da sociedade da informação na recuperação e uso de informações em ambientes digitais. **Revista Digital Biblioteconomia e Ciência da Informação**, São Paulo, v.17, p. 1-16, 2019. DOI: 10.20396/rdbci.v017i0.8655973 /e019036. Disponível em <https://www.scielo.br/j/rdbci/a/3QsmRkT9sysyNBjtVbXgs4q/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 de mar. 2025.

DOMINGUES, L. Infodemia: uma ameaça à saúde pública global durante e após a pandemia de Covid-19. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 12-17, 2021. DOI: <https://doi.org/10.29397/reciis.v14i4.2237>. Disponível em: <https://www.reciis.iciet.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/2237>. Acesso em: 17 maio 2025.

DUARTE, R. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. **Cadernos de pesquisa**, SciELO Brasil, p. 139–154, 2002. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-15742002000100005>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cp/a/PmPzwwMxQsvQwH5bkrhrDKm/?lang=pt>. Acesso em: 04 set. 2024.

ESPÍNDOLA, L. N; GRISOLIA, A. M. M; OLIVEIRA, G. M. M. Saúde Digital – Ferramenta de Empoderamento e Igualdade de Gênero? **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 121, n. 12, 2024. DOI: <https://doi.org/10.36660/abc.20240739>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/PNM6vyMLgHrZKBqQW5V6SBQ/?lang=pt#>. Acesso em 02 jun 2025.

FERNANDES, E. G.; PERCIO, J.; MACIEL, E. L. N. Cobertura e hesitação vacinal no Brasil: inquérito revela a realidade e oferece subsídios para a Política Nacional de Imunizações. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. Ed. 33, 2025. DOI <https://doi.org/10.1590/S2237-96222024v33e2024638.especial2.pt>. Acesso em mar. 2026. Disponível em <https://www.scielosp.org/article/ress/2024.v33nspe2/e2024638/pt/>.

FITTIPALDI, A. L. M; O'DWYER, G; HENRIQUES, P. Educação em saúde na atenção primária: as abordagens e estratégias contempladas nas políticas públicas de saúde. **Interface**, Botucatu, 2021, v. 25. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.200806>. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/icse/2021.v25/e200806/#>. Acesso em: 01 jun. 2025.

FITTIPALDI, A. L. M; O'DWYER, G; HENRIQUES, P. Educação em saúde na atenção primária: um olhar sob a perspectiva dos usuários do sistema de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 32, n. 4, e211009pt, 2023. DOI: 10.1590/S0104-12902023211009pt.

FREIRE, N. P; CUNHA, I. C. K. O; XIMENES, F. R. G. N; MACHADO, M. H; MINAYO, M. C. S. A infodemia transcende a pandemia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 9, 2021. DOI <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.1282202>. Disponível em <https://www.scielo.org/article/csc/2021.v26n9/4065-4068/#>. Acesso em: 06 maio 2025.

FREIRE, N. P; CUNHA, I. C. K. O; MACHADO, M. H; XIMENES, N. F. R. G; VARGAS; F. L; LOURENÇÃO, L. G. Impactos da infodemia sobre a COVID-19 para profissionais de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 10, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320232810.13902022>. Disponível em: <https://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/impactos-da-infodemia-sobre-a-covid19-para-profissionais-de-saude-no-brasil/18718?id=18718>. Acesso em abril 2026.

FREITAS, Maria da Graça (coord.). Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde: Capacitação dos Profissionais de Saúde. Lisboa: **Direção Geral da Saúde**, 2019. 58 p. ISBN 978-972-675-288-2.

GALHARDI, C. P. FREIRE, N. P; MINAYO, M. C. S. FAGUNDES, M. C. M. Fato ou Fake? Uma análise da desinformação frente à pandemia da Covid-19 no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 25, n. 2, p. 4201-4210, 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320202510.2.28922020>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/XnfpYRR45Z4nXskC3PTnp8z/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 02 ago. 2024.

GARCIA, L. P.; DUARTE, Elisete. Infodemia: excesso de quantidade em detrimento da qualidade das informações sobre a COVID-19. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 29, n. 4, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-49742020000400019>. Disponível em <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742020000400001&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 maio 2025. DOI:

IBGE, 2022. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/panorama>. Acesso em: 14 out. 2024.

KANCHAN, S; GAIDHANE, A. O papel da mídia impressa e seu impacto na saúde pública: uma revisão narrativa. **Cureus**, v. 16, n. 5, e59574, 2024. DOI: 10.7759/cureus.59574. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11144588/#:~:text=Conclusions,that%20no%20competing%20interests%20exist>. Acesso em abril 2026.

KWAME, A; PETRUCKA, P. M. A literature-based study of patient-centered care and communication in nurse-patient interactions: barriers, facilitators, and the way forward. **BMC Nursing**, v. 20, n. 158, 2021. DOI: 10.1186/s12912-021-00684-2.

LACHTIM, S. A. F; FREITAS, G. L; LAZARINI, W. S; MARINHO, G. L; HORTA, A. L. M; DUARTE, E. D; LANA. D. F. C. F. Vínculo e acolhimento na Atenção Primária à Saúde: potencialidades e desafios para o cuidado. **Tempus - Actas de Saúde Coletiva**, v. 16, n. 4, 2022. DOI: <https://doi.org/10.18569/tempus.v16i4.3060>. Disponível em: <https://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/3060/2168>. Acesso em: abril 2026.

LAKATOS, E. MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 2017. 7ª ed. São Paulo: Atlas.

LEFEVRE, F; LEFEVRE, A. M. C; MARQUES, M. C. C. Discurso do sujeito coletivo, complexidade e auto-organização. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1047-1056, ago. 2009. DOI: 10.1590/S1413-81232009000400025. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/bLYcq4qWYBJnrfZzbVrZmJh/>. Acesso em: 10 abr. 2025.

LEFÈVRE, A. M. C; CRESTANA, M. F; CORNETTA, V. K. A utilização da metodologia do discurso do sujeito coletivo na avaliação qualitativa dos cursos de especialização “Capacitação e Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde-CADRHU”, São Paulo - 2002. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 68-75, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/hw4fZQdSMPhMxZm5cVMLMCz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 6 maio 2025.

LIMA, J. P; BARLEM, J. G. P; ABREU, D. P. G; SILVEIRA, R. S; MELLO, M. C. V. A; TIER, C. G; ILHA, S. Estratégias de comunicação para melhorar a compreensão das informações em saúde das pessoas idosas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 2, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2024-0083pt>.

MASIP, P; J. SUAUI; C. RUIZ-CABALLERO; P. CAPILLA; K. ZILLES. News Engagement on Closed Platforms. Human Factors and Technological Affordances Influencing Exposure to News on WhatsApp. **Digital Journalism**, v. 9, n. 8, 1062–1084, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1080/21670811.2021.1927778>. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/21670811.2021.1927778>. Acesso em abril 2026.

MASCARENHAS, N. B; MELO, C. M. M.; FAGUNDES, N. C. Produção do conhecimento sobre promoção da saúde e prática da enfermeira na Atenção Primária. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 6, 2012. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000600016>. Disponível em <https://www.scielo.br/j/reben/a/BnntfnhHNbqmyR9fKLJCwNx/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 28 jan. 2025.

MEIRELLES, F; TEIXEIRA, V. M. F; FRANÇA, T. Uso do WhatsApp para suporte das ações de educação na saúde. **Saúde em Debate**. Junho, 2022. DOI <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213313>. Disponível em <https://www.scielosp.org/article/sdeb/2022.v46n133/432-446/pt/#>. Acesso em Jan. 2026.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011, 2ª ed. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf. Acesso em: 17 mar. 2025.

MENDONÇA, A. P. B; PEREIRA, A. N. Critérios de avaliação da qualidade da informação em sites de saúde: uma proposta. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação Saúde**. v. 9, n. 1, 2015. Disponível em <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/930/1575>. Acesso em 27 jan. 2025.

MENDONÇA, A. V. M; Souza, M. F. Desafios contemporâneos para a Saúde Digital: letramento, educação midiática e prevenção à desinformação. **Rev Panam Salud Publica**, v. 49, n. 14, 2025. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2025.14>. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/66225/v49e142025.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em 02 jun. 2025.

MERHY, E. E; CHAKKOUR, M; STÉFANO, E; STÉFANO, M. E; SANTOS, C. M; RODRIGUES, R. A. **Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006.

MINAYO, S. M. C; COSTA, A. P. Fundamentos Teóricos das Técnicas de Investigação Qualitativa. **Revista Lusófona de Educação**, Portugal, n. 40, 2018. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=34958005002>. DOI: <https://doi.org/10.24140/issn.1645-7250.rle40.01>. Acesso em 15 mar. 2025.

OLIVEIRA, C. S; HECK, R. M; PEREIRA, G. M; GALARÇA, A. M. S. S; MENDIETA, M. C; LIMA, A. R. A; DIAS, N. S. Tecnologias da Informação e Comunicação Utilizadas por Enfermeiros da Atenção Primária na Pandemia COVID-19. **Ciência, Cuidado & Saúde**, vol. 22, 2023. <http://dx.doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v22i0.65820>. Disponível em https://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-38612023000100214. Acesso em 18 out. 2024.

OLIVEIRA, I. M. PINHIRO, R; ORTEGA, F. (Des)infodemia na pandemia de covid-19 e a comunicação pública em saúde: revisão integrativa. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 34, n. 4, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902025250153pt>.

OLIVEIRA, R.S., MACHADO, M. F. A. S; MOREIRA, M. R. C. Clinical communication skills in health care for the elderly: a scoping review protocol. **Online Brazilian Journal of Nursing**. v. 22, 2023. DOI <https://doi.org/10.17665/1676-4285.20236607>. Disponível em <https://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/6607>. Acesso em: 08 mar. 2025.

OMS. Relatório sobre a saúde no mundo: um futuro para todos. Genebra: OMS, 1998.

OMS. Alfabetização em Saúde. 2024. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/health-literacy>. Acesso em: 28 de fev. 2025.

OMS. Apresentando a escuta social rápida e insights sobre infodemia para ação: OMS e UNICEF lançam manual com 6 etapas para criar um relatório de insights sobre infodemia. Jul. 2023. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/06-07-2023-introducing-rapid-social-listening-and-infodemic-insights-for-action-who-and-unicef-launch-manual-on-6-steps-to-build-an-infodemic-insights-report>. Acesso em: 16 maio 2025.

ONU. Informe de política para nossa agenda comum: integridade da informação nas plataformas digitais. Outubro, 2023. Disponível em: https://brasil.un.org/sites/default/files/2023-10/ONU_Integridade_Informacao_Plataformas_Digitais_Informe-Secretario-Geral_2023.pdf. Acesso em : 01 jun. 2025.

OPAS. Comunicação de risco e envolvimento da comunidade: comunicação social. (s.d.). Disponível em: <https://www.paho.org/pt/node/88091/comunicacao-risco-e-envolvimento-da-comunidadecomunicacao-social>. Acesso em: 14 mar. 2025.

OPAS. Organização Pan Americana de Saúde. Entenda a Infodemia e a Desinformação na Luta contra a Covid- 19. Série: Kit de ferramentas de transformação digital. Ferramentas de conhecimento; 9, 2020. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52054>. Acesso em: 17 ago 2025.

ORTH, B. I.; TOSO, B. R. G. O; GEREMIA, D. S; MENDONÇA, A. V. M; SOUSA, M. F. Processo de trabalho de enfermeiros da Atenção Primária à Saúde do Paraná na pandemia da covid-19: uso de Tecnologias da Informação e Comunicação. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 16, n. 4, P. 37-48, 2022. DOI: <https://doi.org/10.18569/tempus.v16i4.3081>. Disponível em: <https://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/3081>. Acesso em 02 jun. 2025.

PAES, R. G; FUSCULIM, I. B; LACHOUSKI, L; ANDRADE, I. M. P. G; BOLLER, S; MANTOVANI, M. F. Letramento em saúde de adultos da atenção primária com diabetes mellitus tipo 2: estudo seccional. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 59, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2024-0338pt>.

PAVÃO, A. L. B.; WERNECK, G. L. Literacia para a saúde em países de renda baixa ou média: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 9, 2021. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.05782020>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Mv5VvPM58ryKMwzX6KDBypQ/>. Acesso em 18 maio 2025.

PEREIRA, André. **Uma iniciativa de avaliação da qualidade da informação em sites de saúde: méritos e percalços. Saúde, Sociedade e Meio Ambiente. In: FELISBERTO, E; BARROS, F. P. C; HARTZ, Z. (Org.). Saúde, Sociedade e Meio Ambiente: ensaios preliminares. Brasília: CONASS - LEIASS, v. 10, 1 ed., 2022.**

PEREIRA J. F.; SILVA, N. C. M.; SAMPAIO, R. S.; RIBEIRO, V. C.; CARVAHO, E. C. Estratégias de comunicación enfermero-paciente: propuesta de un video educativo para estudiantes de enfermería. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 31, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6177.3857>. Disponível em <https://www.scielo.br/j/rlae/a/vb765fGtRF6nLdPpLz4LscL/?lang=es>. Acesso em 15 maio 2025.

PERES, F. A perspectiva emancipatória da literacia em saúde no Brasil: aportes do pensamento freiriano para a translação de saberes em torno de um conceito global. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 40, n. 11, 2025. <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT089824>. Disponível em <https://www.scielo.br/j/csp/a/VLrYqw9tV6ND49SsmMPGLG/?lang=pt>. Acesso em: 11 maio 2025.

PERES, F; RODRIGUES, K. M; SILVA, T. L. Literacia em Saúde. Rio de Janeiro: **Editora Fiocruz**, 2021.

PIMENTEL, V. R.M; SOUZA, M. F.; MENDONÇA, A. V. M. Comunicação em saúde e promoção da saúde: contribuições e desafios, sob o olhar dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 316,

jul./set. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312022320316>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/XPyCtNyZgM5gW8wvTS5rbpj/>. Acesso em: 2 maio 2025.

PINHEIRO, B. C; BITTAR, C. M. L. Práticas de educação popular em saúde na atenção primária: uma revisão integrativa. **Cinergis**, Santa Cruz do Sul, v. 18, n. 1, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.17058/cinergis.v18i1.8049>. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Cleria-Maria-Bittar/publication/309323832_Praticas_de_educacao_popular_em_saude_na_atencao_primaria_a_uma_revisao_integrativa/links/581484bb08aeffbed6bdf53d/Praticas-de-educacao-popular-em-saude-na-atencao-primaria-uma-revisao-integrativa.pdf. Acesso em: 01 jun. 2025.

QUEMELO, P. R.V; MILANI, D; BENTO, V. F; VIEIRA, E. R; ZAIA, J. E; Literacia em saúde: tradução e validação de instrumento para pesquisa em promoção da saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 2, 2017. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00179715>. Disponível em <https://www.scielo.br/j/csp/a/ptg7Lm4fbxZP8fV5BR6vQrx/?lang=pt>. Acesso em 12 set. 2024.

SABOGA-NUNES, L; MARTINS, R. A. S; FARINELLI, M. R; JULIÃO, C. L. O papel da literacia para a saúde e educação para a saúde na promoção da saúde. Curitiba: **Editora CRV**, 2019.

SANTOS, C. L.; PARO, C. A. A interface entre o teatro e as práticas educativas em saúde no contexto da atenção primária à saúde. **Revista de Educação Popular**, Uberlândia, v. 17, n. 1, p. 169-180, 2018. DOI: <https://doi.org/10.14393/REP-v17n12018-rel05>. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/reveducpop/article/view/40879/pdf>. Acesso em mar. 2026.

SANTOS, M. L. R; PAIM, M. C; SOARES, C. L. M; SANTOS, D. M; SANDE, R. S; SANTOS, G. R. M. Ações governamentais para enfrentamento da crise de desinformação durante a pandemia da Covid-19. **Saúde debate**, v. 45, n. 2, 24 Jun 2022. DOI <https://doi.org/10.1590/0103-11042021E213>. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2021.v45nspe2/187-204/#>. Acesso em 18 out. 2024.

SANTOS, M. O. S.; PEIXINHO, B. C. CAVALCANTI, A. M. C.; SILVA, L. G. F.; SILVA, L. I. M; LINS, B. O. A.; GURGEL, A. M. Estratégias de comunicação adotadas pela gestão do Sistema Único de Saúde durante a pandemia de Covid-19 – Brasil. **Interface**, Vol 25, 1, 2021. <https://doi.org/10.1590/interface.200785>. Disponível em <https://www.scielo.br/j/icse/a/sRZcRPfpNtT8xTxKfF4Q6WS/>. Acesso em 18 maio 2025.

SANTOS, M. R; BATISTA, E. O; ALVES, W. A; FARIA, L. Estratégias e barreiras na Atenção Primária à Saúde para a implementação dos atributos “Orientação comunitária” e “Competência cultural” com populações vulnerabilizadas: revisão integrativa. **Physis**. Ed. 35, v. 3. 15 Dez 2025. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312025350334pt>. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/physis/2025.v35n3/e350334/pt/>. Acesso em fev. 2026.

SCZEPANHAK, B. F; ZANETTIN, G; FLESH, G. S; OLIVEIRA, K; C; THOMÉ, V; RODRIGUES, R. M; SILVA, G. F; CONTERNO, S. F; REIS, A. C. E; GOUVÊA, L. A. V. N; Conhecimentos e Práticas de Profissionais da Saúde Sobre Fake News. **Revista Ciência Plural**, v. 9, n. 2, p. 1-20, 31 ago. 2023. DOI <http://dx.doi.org/10.21680/2446-7286.2023v9n2id30490>. Disponível em:

<https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/30490/17384>. Acesso em: 02 ago. 2024.

SILVA, Benazir Benício da *et al.* Uso do rádio para educação em saúde: percepção do agente comunitário de saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**. Bahia. v. 41, n. 3, p. 734-746 jul./set. 2017. DOI: 10.22278/2318-2660.2017.v41.n3.a2482. Disponível em <https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/2482/2306>. Acesso em fev. 2026.

SILVA, M. J.; SANTOS, P. The impact of health literacy on knowledge and attitudes towards preventive strategies against COVID-19: A crosssectional study. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 10, 2021. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph1810542>. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/10/5421>. Acesso em 14 mar. 2025.

SINDIRÁDIO. **Rádio segue ouvido por 79% da população no Brasil em 13 mercados monitorados pela Kantar IBOPE Media**. 2025. Disponível em: <https://www.sindiradio.org.br/noticias/item/radio-segue-ouvido-por-79-da-populacao-no-brasil-em-13-mercados-monitorados-pela-kantar-ibope-media.html>. Acesso em: abr. 2026.

STEVANIM, Luiz Felipe; MURTINHO, Rodrigo. **Direito à comunicação e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2021.

UNESCO. **Jornalismo, Fake News e desinformação: Manual para educação e treinamento em jornalismo**. França, 2019. Disponível em <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000368647>. Acesso em 02 set. de 2024.

UNICEF. **Muito mais que fake news: um guia prático para enfrentar a fake news**. Niterói: Bem TV, 2022. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/media/19196/file/muito-mais-que-fake-news.pdf>. Acesso em 01 jun. 2025.

VENDRUSCOLO, C; GEREMIA, D. S; ADAMY, E. K; VANDRESEN, L; FERRAZ, L. Utilização das tecnologias de informação e comunicação pelos núcleos ampliados de saúde da família. **Revista de Enfermagem UFSM**, Santa Maria, v. 9, n. 5, p. 1-20, 2020. DOI: 10.5902/2179769239634. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/39634/pdf>. Acesso 15 jan. 2025.

VITORIA, P. A; MENDES, M. E. Desinformação e o declínio do esclarecimento. **Sapere Aude**, Belo Horizonte, v. 16, n. 31, p. 254-276, 2025. Disponível em: <https://periodicos.pucminas.br/SapereAude/article/view/35507/24012>. Acesso em abril 2026.

WE ARE SOCIAL. **Digital 2026 Global Overview Report**. 2025. Disponível em: <https://wearesocial.com/uk/blog/2025/10/digital-2026-global-overview-report/>. Acesso em: 20 abr. 2026.

APÊNDICE I

ROTEIRO DE ENTREVISTA INDIVIDUAL

Apresentação:

- Agradecimentos pela participação.
- Leitura e concordância do TCLE.

Bloco I: Perfil

Idade: _____ anos

Sexo: () Feminino () Masculino

Município de Atuação: _____

UBS:

- () Zona Urbana
- () Zona Rural

Categoria Profissional:

- () ACS
- () Enfermeira(o)
- () Médica(o)
- () Técnica(o) de Enfermagem

Tempo de atuação da APS:

- () Menos de 2 anos
- () De 2 à 5 anos
- () De 5 à 10 anos
- () Mais de 10 anos

Bloco II - Comunicação em saúde

1- Quais abordagens educativas você costuma utilizar para informar e orientar os usuários durante os atendimentos na APS?

2- Quais materiais educativos você utiliza no atendimento à população do seu território? E quais critérios você utiliza para selecioná-los ou desenvolvê-los?

3- Você utiliza alguma tecnologia digital de comunicação com a população do seu território para realizar orientação sobre saúde e difundir informações sobre saúde? (WhatsApp, Facebook, Instagram, Bilhete impresso ou escrito à mão)

4- Quais são as principais vantagens e desafios que você enfrenta ao utilizar tecnologias digitais na comunicação com os usuários?

5- Em relação às mídias sociais em seu cotidiano de trabalho, você acredita que as mídias podem facilitar suas atividades na APS como meio de comunicação com a comunidade e usuário? Como? Explique.

6- Quais as principais fontes de informação você utiliza para tirar dúvidas nas suas atividades como profissional de saúde?

- () Equipe da UBS
- () Grupos de *WhatsApp*

- () Conversa com outros profissionais de saúde
- () *Facebook*
- () *Google*
- () *Instagram*
- () Ministério da Saúde - MS (site, manuais, portarias ou algum documento oficial)
- () Organização Pan-americana de Saúde - OPAS (site ou documento oficial)
- () Secretaria Estadual ou Municipal de Saúde (site ou documento oficial)
- () Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS (site ou documento oficial)
- () *YouTube*
- () Livros /artigos
- () Outros: _____

Bloco III - Desinformação em Saúde

7- Você adota/utiliza alguma estratégia para garantir que os usuários compreendam corretamente as informações fornecidas através das tecnologias, evitando a má interpretação ou desinformação?

8- Em relação às informações em saúde, você consegue reconhecer quando recebe alguma desinformação (fake news, informação falsa)? Como você identifica? Isso impacta em seu trabalho na APS?

9- Como você age quando identifica uma desinformação (fake news, informação falsa) na conversa com um usuário? Você costuma alertar sobre o conteúdo? Como realiza essa abordagem?

10- Na sua experiência profissional, as desinformações em saúde (fake news, informação falsa) têm impactado as escolhas ou comportamentos dos usuários? Quais exemplos você poderia citar?

11- Na sua percepção, quais são as principais fontes de desinformação (fake news, informação falsa) em saúde entre os usuários da APS? (Ex.: *WhatsApp, Facebook, Instagram, TikTok*, conversas informais, entre outros).

12- Quando identifica que um usuário foi influenciado por desinformação, você consegue reverter essa percepção? Quais estratégias utiliza para isso?

13- Você já avaliou se as estratégias educativas e o uso das tecnologias impactaram positivamente na compreensão das informações pelos usuários? Como foi essa avaliação?

14- Você já recebeu algum tipo de capacitação ou formação para lidar com desinformações em saúde ou para usar tecnologias na comunicação com os usuários?

Conclusão

- Pergunta aberta: Gostaria de adicionar mais alguma informação ou fazer alguma observação final?
- Agradecimentos pela participação e encerramento da entrevista.

APÊNDICE II

Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/UFS TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

ENFRENTAMENTO DA DESINFORMAÇÃO EM SAÚDE: ESTRATÉGIAS EDUCATIVAS E TECNOLÓGICAS DOS PROFISSIONAIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Prezado participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa **ENFRENTAMENTO DA DESINFORMAÇÃO EM SAÚDE: ESTRATÉGIAS EDUCATIVAS E TECNOLÓGICAS DOS PROFISSIONAIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA** desenvolvida por Vanessa Solforoso Piccoli, discente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFS), Campus de Chapecó, sob orientação e responsabilidade da Professora Dra. Daniela Savi Geremia. Investigar as estratégias educativas e tecnológicas de comunicação e informação utilizadas pelos profissionais na APS/ESF durante o atendimento, visando contribuir no enfrentamento da desinformação em saúde na Gerência Regional de Saúde de Xanxerê.

O convite à sua participação se deve por ser profissional de saúde, estar atuando na Atenção Primária à Saúde, há mais de dois anos, maior de 18 anos e estar vinculada à uma ESF da Gerência Regional de Saúde de Xanxerê. Sua participação não é obrigatória e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como desistir da colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação e sem nenhuma forma de penalização. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desista da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa. Você não receberá remuneração e nenhum tipo de recompensa nesta pesquisa, sendo sua participação voluntária.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material armazenado em local seguro.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

Para garantir que não haverá riscos de identificação, os entrevistados serão identificados com códigos (E1, E2, E3 para enfermeiros, T1, T2, T3 para técnicos de enfermagem, M1, M2, M3 para médicos e A1, A2, A3 para agentes comunitários de saúde).

Caso alguma participantes da pesquisa deseje que seu nome conste no trabalho final, será garantido a publicação.

A sua participação consistirá em participar de entrevista individual, com duração de aproximadamente 30 minutos. A entrevista será gravada somente para a transcrição das informações e somente com a sua autorização.

Assinale a seguir conforme sua autorização:

Autorizo gravação

Não autorizo gravação

As entrevistas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas a pesquisadora, sua orientadora e a colaboradora.

Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, físico ou digital, por um período de cinco anos. Os dados serão armazenados no computador da pesquisadora que realizará a coleta de dados em uma pasta intitulada "Coleta de dados Enfrentamento da Desinformação" e após o período de cinco anos a pasta e todas as informações contidas nela serão excluídas permanentemente.

O benefício relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é que a partir deste instrumento será possível identificar as estratégias educativas e tecnológicas de comunicação e informação utilizadas pelos profissionais de saúde da APS durante o atendimento, com intuito de prevenir a desinformação e disseminar informações em saúde fidedignas.

Compreendemos que há riscos relacionados a constrangimentos ou desconfortos pessoais por se tratar das atividades dos participantes.

Além disso, será assegurada a confidencialidade e a privacidade, será garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de auto-estima, de prestígio e/ou econômico – financeiro; será garantido as explicações necessárias para responder as questões e dúvidas; será garantida a retirada do seu consentimento prévio, ou simplesmente interrupção do preenchimento das respostas, caso desista de participar da pesquisa; será garantida a liberdade de se recusar a ingressar e participar do estudo, sem penalização alguma por parte dos pesquisadores.

Os resultados serão divulgados para o serviços de saúde, secretaria municipal de saúde e em eventos e/ou publicações científicas mantendo sigilo dos dados pessoais.

Caso concorde em participar, uma via deste termo ficará em seu poder e a outra será entregue à pesquisadora.

Não receberá cópia deste termo, mas apenas uma via. Desde já agradecemos sua participação!

CAAE:

Número do Parecer de aprovação no CEP/UFS:

Data de Aprovação:

Profa. Dra. Daniela Savi Geremia

Contato profissional com a pesquisadora responsável: Daniela Savi Geremia (Orientadora da pesquisa. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem UFS - Enfermeira inscrita no COREN/SC 226.223/ SIAPE 2115053)

Tel: (55 – 984689915)

E-mail: daniela.geremia@ufs.edu.br

Endereço para correspondência: Universidade Federal da Fronteira Sul/UFS, Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul, CEP 89815-899 - Chapecó - Santa Catarina – Brasil)

Mestranda Vanessa Solfoso Piccoli

Contato profissional com a Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem UFS - Enfermeira inscrita no COREN/SC 246.521

Tel: (49 - 999741540)

E-mail: vanessaabido@gmail.com

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFFS

Telefone: (0XX) 49- 2049-3745

E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br

Endereço para correspondência: Universidade Federal da Fronteira Sul/UFFS - Comitê de Ética em Pesquisa da UFFS, Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul, CEP 89815-899 Chapecó - Santa Catarina – Brasil)

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Nome completo do (a) participante: _____

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

APÊNDICE III

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA USO DE IMAGEM E VOZ

Eu, _____ permito que as pesquisadoras **Profa. Dra. Daniela Savi Geremia e Mestranda Enfa. Vanessa Solforoso Piccoli** obtenham gravação de voz de minha pessoa para fins da pesquisa científica/educacional **ENFRENTAMENTO DA DESINFORMAÇÃO EM SAÚDE: ESTRATÉGIAS EDUCATIVAS E TECNOLÓGICAS DOS PROFISSIONAIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**.

Concordo que o material e as informações obtidas relacionadas a minha pessoa, possam ser publicados em aulas, congressos, eventos científicos, palestras ou periódicos científicos. Porém, a minha pessoa não deve ser identificada, tanto quanto possível, por nome ou qualquer outra forma.

As gravações ficarão sob a propriedade do grupo de pesquisadores pertinentes ao estudo e sob sua guarda.

Terão acesso aos arquivos de voz a Profa.Dra. Daniela Savi Geremia e a mestranda Enfa. Vanessa Solforoso Piccoli.

Assinatura do Participante da Pesquisa:

Data: ____/____/____

DANIELA SAVI GEREMIA

SIAPE 2115053

VANESSA SOLFOROSO PICCOLI

APÊNDICE IV

Prompt metodológico estruturado – apoio à organização dos dados - Chat GPT Plus

“Você atuará como ferramenta auxiliar de apoio à organização analítica preliminar de material qualitativo, sem substituir o julgamento interpretativo da pesquisadora. Todas as decisões metodológicas, analíticas e interpretativas deste estudo são de responsabilidade exclusiva da pesquisadora. Sua função é apenas colaborar na identificação, sistematização e apresentação preliminar dos elementos textuais, que serão posteriormente revisados, validados, ajustados, recusados ou confirmados pela pesquisadora.

Contexto do estudo:

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva, realizada com profissionais da Atenção Primária à Saúde/Estratégia Saúde da Família da região da GERSA Xanxerê/SC.

Objetivo do estudo: compreender as estratégias educativas e tecnológicas de comunicação e informação utilizadas pelos profissionais durante o atendimento, com vistas à prevenção da desinformação em saúde.

Com base nos trechos de entrevistas apresentados, execute apenas um apoio técnico-preliminar às seguintes etapas:

1. Destacar possíveis expressões-chave, transcrevendo literalmente os fragmentos mais representativos dos depoimentos.
 - Não suprima ambiguidades.
 - Não reescreva o conteúdo dos participantes.
 - A seleção final das expressões-chave será feita pela pesquisadora.
2. Sugerir possíveis ideias centrais, redigidas de forma sintética e objetiva, representando o sentido predominante de cada conjunto de falas.
 - As ideias centrais sugeridas devem ser entendidas apenas como hipóteses organizativas iniciais.
 - A formulação definitiva será validada e, se necessário, reformulada pela pesquisadora.
3. Indicar agrupamentos provisórios de depoimentos com sentidos semelhantes, sem assumir que tais agrupamentos são definitivos.
 - O agrupamento final será decidido pela pesquisadora com base no referencial metodológico do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).
4. Redigir uma proposta preliminar de Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) para cada ideia central sugerida, observando os seguintes critérios:
 - escrever em primeira pessoa do singular;
 - preservar a densidade semântica e a proximidade com as falas originais;
 - não introduzir interpretação teórica, juízo de valor ou inferências externas;
 - respeitar apenas o conteúdo presente nos depoimentos.
5. Indicar quais participantes compõem cada DSC (ex.: E1, M2, A3), com base apenas nos trechos fornecidos.
6. Ao final, apresentar de forma breve o critério textual utilizado para o agrupamento provisório, deixando explícito que se trata de uma sugestão técnica preliminar, sujeita à revisão crítica da pesquisadora.

Importante:

- Não tome decisões finais.
- Não substitua a análise qualitativa conduzida pela pesquisadora.
- Não defina categorias analíticas de modo conclusivo.
- Não interprete os resultados à luz de teoria nesta etapa.
- Sempre explicita, quando pertinente, que as sugestões apresentadas são provisórias e dependem de validação humana especializada.”

Prompt para controle de rigor metodológico – apoio à revisão crítica - Claude

“Você atuará como ferramenta auxiliar de revisão técnica da organização analítica já realizada, sem substituir o julgamento metodológico da pesquisadora. Sua função é apenas verificar consistência textual e coerência interna do material elaborado. Toda decisão sobre manutenção, exclusão, fusão, reformulação ou validação dos Discursos do Sujeito Coletivo permanece sob responsabilidade exclusiva da pesquisadora.

Analise criticamente os DSC já construídos e verifique se eles:

1. Preservam a pluralidade de sentidos presentes nos depoimentos originais;
2. Evitam generalizações indevidas ou apagamento de nuances importantes;
3. Mantêm fidelidade às expressões originais dos participantes;
4. Não misturam categorias ou sentidos distintos em um mesmo discurso;
5. Não introduzem interpretação teórica precoce;
6. Estão coerentes com a ideia central proposta;
7. Apresentam unidade discursiva sem artificializar excessivamente a fala coletiva.

Para cada DSC analisado, apresente:

- pontos de consistência metodológica;
- possíveis problemas de composição;
- trechos que apresentam excesso de síntese, homogeneização ou perda de nuance;
- sugestões de revisão textual, sempre deixando claro que a decisão final cabe à pesquisadora.

Importante:

- Não substitua a validação final da pesquisadora.
- Não reformule automaticamente como versão definitiva.
- Não produza novas interpretações teóricas.
- Limite-se à revisão técnica e metodológica do material apresentado.”

APÊNDICE V

Exemplo da organização dos dados a partir das transcrições dos participantes, palavras-chaves, ideias centrais e formação do discurso do sujeito coletivo.

IC 4.2 — Reconhecimento de limites estruturais e esgotamento profissional

Categoria	Participantes	N	Expressões-chave representativas
Enfermeiros	E2, E4	2	'cansa ter que discutir isso toda hora'; 'nem sempre conseguimos mudar'
Médicos	M2, M3	2	'muitos já vêm convictos'; 'há resistência'

DSC 4.2B | O desafio permanente e o esforço contínuo da equipe

É um desafio permanente. Mesmo orientando, a informação equivocada continua circulando. Isso exige esforço contínuo da equipe para reforçar orientações e manter o vínculo com a população. A equipe precisa estar alinhada, falar a mesma coisa, porque se um profissional diz uma coisa e outro diz outra, o usuário prefere acreditar no que confirma o que ele já queria acreditar.

Participantes: E4, M3

ANEXO I

UNIVERSIDADE FEDERAL DA
FRONTEIRA SUL - UFFS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ENFRENTAMENTO DA DESINFORMAÇÃO EM SAÚDE: ESTRATÉGIAS EDUCATIVAS E TECNOLÓGICAS DOS PROFISSIONAIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Pesquisador: Daniela Savi Geremia

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 89828625.4.0000.5564

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - UFFS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.710.567

Apresentação do Projeto:

Trata-se de reapresentação do protocolo de pesquisa intitulado "ENFRENTAMENTO DA DESINFORMAÇÃO EM SAÚDE: ESTRATÉGIAS EDUCATIVAS E TECNOLÓGICAS DOS PROFISSIONAIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA", para o qual a pesquisadora responsável respondeu de forma adequada, todas as pendências indicadas no parecer número 7.886.759.

Transcrição do resumo

"O avanço tecnológico, o desenvolvimento das TIC, principalmente a internet e sua conexão com diversos dispositivos, têm facilitado muito o acesso dos usuários às informações. Porém, a quantidade de informações disponíveis, por muitas vezes, acabam prejudicando a diferenciação de conteúdos verdadeiros de falsos, disseminando com maior facilidade a desinformação. Os profissionais de saúde desempenham um papel central no enfrentamento da desinformação, através da educação em saúde, podem esclarecer informações incorretas sustentadas pelo conhecimento científico e promover a literacia em saúde, que também se torna primordial no enfrentamento à desinformação. Este projeto tem por objetivo compreender as estratégias educativas e tecnológicas de comunicação e informação utilizadas pelos profissionais na APS/ESF durante o

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural **CEP:** 89.815-899
UF: SC **Município:** CHAPECO
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DA
FRONTEIRA SUL - UFFS



Continuação do Parecer: 7.710.567

atendimento, visando a contribuir no enfrentamento da desinformação. Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva, com abordagem qualitativa, realizada por meio de roteiro semiestruturado, adotando a entrevista individual para coleta dos dados. A pesquisa será realizada nos municípios de abrangência da Gerência Regional de Saúde (GERSA) de Xanxerê, região oeste do Estado de Santa Catarina, a qual inclui 21 municípios, sendo os participantes do estudo profissionais de saúde das Equipes Saúde da Família (enfermeiros, médicos, técnicos/auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde). Para coleta de dados, será realizado sorteio entre as Equipes Saúde da Família (ESF), como também dos profissionais participantes da pesquisa, estima-se realizar a coleta dos dados entre o período de 23/10/2025 à 02/12/2025 e pretendese contar com a participação de um profissional por município, totalizando 21 profissionais de saúde. Para a análise dos dados será utilizada a técnica do discurso do sujeito coletivo (DSC) que reúne depoimentos com sentidos semelhantes conferindo densidade e riqueza semântica às representações. Os resultados da pesquisa serão disponibilizados para os municípios e profissionais da GERSA de Xanxerê/SC, podendo ser utilizados para os processos de educação em saúde, educação permanente e formulação de políticas de saúde digital na região, além de serem compartilhados em eventos ou publicações científicas, no formato de resumos, artigos e/ou capítulos de livros."

Objetivo da Pesquisa:

Transcrição dos objetivos

Objetivo Primário:

Compreender as estratégias educativas e tecnológicas de comunicação e informação utilizadas pelos profissionais na APS/ESF durante o atendimento, visando a contribuir no enfrentamento da desinformação em saúde na população de abrangência da Gerência Regional de Saúde de Xanxerê (GERSA).

Objetivo Secundário:

Identificar as fontes e estratégias educativas de comunicação em saúde utilizadas pelos

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
 Bairro: Área Rural CEP: 89.815-899
 UF: SC Município: CHAPECO
 Telefone: (49)2049-3745 E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DA
FRONTEIRA SUL - UFFS



Continuação do Parecer: 7.710.567

profissionais de saúde durante o atendimento na APS/ESF. Explorar a utilização das TICs pelos profissionais de saúde na APS/ESF para disseminação de informações em saúde. Analisar, a partir da percepção dos profissionais, as melhores estratégias educativas e tecnológicas no enfrentamento da desinformação em saúde no âmbito da APS. Propor estratégias de educação permanente para profissionais da APS/ESF, com foco no enfrentamento da desinformação em saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Transcrição dos Riscos e Benefícios

Riscos:

Este estudo apresenta riscos mínimos aos participantes, uma vez que se trata de uma pesquisa qualitativa de caráter descritivo, baseada na entrevista individual. Possíveis riscos decorrentes da participação na pesquisa, como desconforto ou constrangimento por se tratar de informações da própria atuação profissional podem ocorrer, diante disso, garante-se ao entrevistado a recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma. Para mitigar esses riscos, serão adotadas medidas rigorosas de sigilo e anonimização dos dados, garantindo que nenhuma informação permita a identificação dos participantes. Além disso, a pesquisa respeitará os princípios da ética em pesquisa, incluindo consulta prévia e consentimento informado para realização da pesquisa. O entrevistado poderá desistir da pesquisa a qualquer momento, sem nenhum prejuízo à pesquisa ou a si próprio, nem mesmo penalização por parte da pesquisadora. Caso algum dos riscos se concretize, será promovida a escuta ativa, com o objetivo de oferecer ao indivíduo um espaço seguro para a livre expressão de suas emoções e percepções, visando minimizar os sentimentos decorrentes da situação. Será disponibilizado um canal de contato para que os participantes possam buscar esclarecimentos, apoio ou relatar eventuais desconfortos ou constrangimentos que possam surgir durante ou após sua participação. Embora os riscos aos participantes sejam mínimos, caso algum deles venha a se concretizar, todas as instituições envolvidas serão prontamente informadas, bem como o comitê de ética em pesquisa com seres humanos da UFFS, conforme os princípios

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
 Bairro: Área Rural CEP: 89.815-899
 UF: SC Município: CHAPECO
 Telefone: (49)2049-3745 E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br

Continuação do Parecer: 7.710.567

éticos e normativos aplicáveis.

Benefícios:

A crescente circulação de informações incorretas e imprecisas em saúde, intensificada pela expansão das TICs e potencializada pela infodemia, representa um desafio crítico para a Atenção Primária à Saúde (APS). Nesse cenário, os profissionais da ESF exercem papel fundamental como agentes mediadores do conhecimento, atuando na interface direta (linha de frente) com a população, que enfrenta dificuldades crescentes para acessar e interpretar informações confiáveis. Assim, faz-se necessário investigar e compreender as estratégias educativas e tecnológicas empregadas por esses profissionais, considerando que a eficácia dessas práticas pode fortalecer a literacia em saúde da população, ampliar a autonomia na tomada de decisões e contribuir significativamente para o enfrentamento da desinformação, que compromete a adesão a medidas preventivas e tratamentos eficazes. De mais a mais, os resultados desta pesquisa poderão promover a qualificação das práticas comunicacionais na APS e contribuir para o aprimoramento do cuidado integral e resolutivo, alinhado às diretrizes do SUS, favorecendo a equidade e a inclusão digital.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de rerepresentação do protocolo de pesquisa intitulado "ENFRENTAMENTO DA DESINFORMAÇÃO EM SAÚDE: ESTRATÉGIAS EDUCATIVAS E TECNOLÓGICAS DOS PROFISSIONAIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA", para o qual a pesquisadora responsável respondeu de forma adequada, todas as pendências indicadas no parecer número 7.686.759.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisadora responsável encaminhou os documentos indicados a seguir:

- Carta de resposta às pendências
- Projeto de pesquisa
- TCLE

Recomendações:

Caso durante a realização da pesquisa o projeto passe por alterações como mudança de título, número de participantes, alterações na equipe de pesquisa, prorrogação ou alteração no cronograma ou qualquer outra alteração, há a necessidade de o pesquisador submeter uma emenda do projeto na Plataforma Brasil, justificando tais alterações.

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
 Bairro: Área Rural CEP: 89.815-899
 UF: SC Município: CHAPECO
 Telefone: (49)2049-3745 E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DA
FRONTEIRA SUL - UFFS



Continuação do Parecer: 7.710.567

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências e/ou inadequações éticas, baseando-se nas Resoluções 466/2012 e 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde, e demais normativas complementares. Logo, uma vez que foram procedidas pelo/a pesquisador/a responsável todas as correções apontadas pelo parecer consubstanciado, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul (CEP/UFFS) julga o protocolo de pesquisa adequado para, a partir da data deste novo parecer consubstanciado, agora de APROVAÇÃO, iniciar as etapas de coleta de dados e/ou qualquer outra que pressuponha contato com os/as participantes.

Considerações Finais a critério do CEP:

Prezado (a) Pesquisador(a)

A partir desse momento o CEP passa a ser corresponsável, em termos éticos, do seu projeto de pesquisa e, vide artigo X.3.9. da Resolução 466 de 12/12/2012.

Fique atento(a) para as suas obrigações junto a este CEP ao longo da realização da sua pesquisa. Tenha em mente a Resolução CNS 466 de 12/12/2012, a Norma Operacional CNS 001/2013 e o Capítulo III da Resolução CNS 251/1997. A página do CEP/UFFS apresenta alguns pontos no documento "Deveres do Pesquisador".

Lembre-se que:

1. No prazo máximo de 6 meses, a contar da emissão deste parecer consubstanciado, deverá ser enviado um relatório parcial a este CEP (via NOTIFICAÇÃO, na Plataforma Brasil) referindo em que fase do projeto a pesquisa se encontra. Veja modelo na página do CEP/UFFS. Um novo relatório parcial deverá ser enviado a cada 6 meses, até que seja enviado o relatório final.
2. Qualquer alteração que ocorra no decorrer da execução do seu projeto e que não tenha sido prevista deve ser imediatamente comunicada ao CEP por meio de EMENDA, na Plataforma Brasil. O não cumprimento desta determinação acarretará na suspensão ética do seu projeto.
3. Ao final da pesquisa deverá ser encaminhado o relatório final por meio de NOTIFICAÇÃO, na Plataforma Brasil. Deverá ser anexado comprovação de publicização dos resultados. Veja modelo na página do CEP/UFFS.

Em caso de dúvida:

Contate o CEP/UFFS: (49) 2049-3745 (8:00 às 12:00 e 14:00 às 17:00) ou cep.uffs@uffs.edu.br;

Contate a Plataforma Brasil pelo telefone 136, opção 8 e opção 9, solicitando ao atendente suporte Plataforma Brasil das 08h às 20h, de segunda a sexta;

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
 Bairro: Área Rural CEP: 89.815-899
 UF: SC Município: CHAPECO
 Telefone: (49)2049-3745 E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DA
FRONTEIRA SUL - UFFS



Continuação do Parecer: 7.710.567

Contate a central de suporte da Plataforma Brasil, clicando no ícone no canto superior direito da página eletrônica da Plataforma Brasil. O atendimento é online.

Boa pesquisa!

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2504869.pdf	06/07/2025 09:12:24		Aceito
Outros	Formulario_pendencias_CEP.pdf	06/07/2025 09:11:22	VANESSA SOLFOROSO PICCOLI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Pesquisa_Modificado.pdf	06/07/2025 09:05:47	VANESSA SOLFOROSO PICCOLI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Modificado.pdf	06/07/2025 09:05:07	VANESSA SOLFOROSO PICCOLI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Pesquisa_Vanessa.pdf	22/06/2025 16:32:07	Daniela Savi Geremia	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEVANESSA.pdf	22/06/2025 16:30:02	Daniela Savi Geremia	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termovoz.pdf	22/06/2025 16:28:42	Daniela Savi Geremia	Aceito
Folha de Rosto	FolhaROSTOFINAL.pdf	22/06/2025 14:57:11	Daniela Savi Geremia	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	21/06/2025 17:25:41	VANESSA SOLFOROSO PICCOLI	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	20/06/2025 22:51:58	VANESSA SOLFOROSO PICCOLI	Aceito
Outros	Instrumento_para_coleta_de_dados.pdf	20/06/2025 22:49:18	VANESSA SOLFOROSO PICCOLI	Aceito
Declaração de concordância	Declaracao_de_concordancia.pdf	20/06/2025 22:45:56	VANESSA SOLFOROSO	Aceito

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
 Bairro: Área Rural CEP: 89.815-899
 UF: SC Município: CHAPECO
 Telefone: (49)2049-3745 E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DA
FRONTEIRA SUL - UFFS



Continuação do Parecer: 7.710.567

Declaração de concordância	Declaracao_de_concordancia.pdf	20/06/2025 22:45:56	PICCOLI	Aceito
----------------------------	--------------------------------	------------------------	---------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CHAPECO, 16 de Julho de 2025

Assinado por:
Renata dos Santos Rabello
(Coordenador(a))

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural **CEP:** 89.815-899
UF: SC **Município:** CHAPECO
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br