



UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE PALMAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM COMUNICAÇÃO E SOCIEDADE –
PPGCOMS/UFT

CRISTIANO ALVES VIANA

COMUNICAÇÃO E SAÚDE:
REFLEXÕES SOBRE O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) EM PALMAS E A
SAÚDE DIGITAL DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19

Palmas, TO

2023

Cristiano Alves Viana

Comunicação e Saúde:

**Reflexões Sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) em Palmas e a Saúde Digital Durante a
Pandemia de COVID-19**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Comunicação e Sociedade da Universidade Federal do Tocantins (PPCOMS/UFT) como requisito à obtenção do grau de Mestre em Comunicação e Sociedade.

Orientadora: Profa. Dr^a. Cynthia Mara Miranda
Coorientador: Prof. Dr. Fernando Lefèvre

Palmas, TO

2023

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins

V614c Viana, Cristiano Alves.

Comunicação e Saúde: reflexões sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) em Palmas e a saúde digital durante a pandemia de COVID-19. / Cristiano Alves Viana. – Palmas, TO, 2023.

103 f.

Dissertação (Mestrado Acadêmico) - Universidade Federal do Tocantins – Câmpus Universitário de Palmas - Curso de Pós-Graduação (Mestrado) em Comunicação e Sociedade, 2023.

Orientadora : Cynthia Mara Miranda

Coorientador: Fernando Lefèvre

1. Saúde digital. 2. Comunicação e saúde. 3. Pandemia de Covid-19. 4. SUS. I. Título

CDD 302.2

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio deste documento é autorizado desde que citada a fonte. A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.

Elaborado pelo sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFT com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

CRISTIANO ALVES VIANA

Comunicação e Saúde:
Reflexões sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) em Palmas e a Saúde Digital Durante a
Pandemia de COVID-19

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Comunicação e Sociedade da Universidade Federal do Tocantins (PPCOMS/UFT). Foi avaliada para obtenção do título de Mestre em Comunicação e Sociedade e aprovada em sua forma final pelos orientadores e pela Banca Examinadora.

Data de aprovação: ____ / ____ / ____

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Cynthia Mara Miranda, UFT
Orientadora

Prof. Dr. Lucas Milhomens, UFAM
Convidado Externo

Profa. Dra. Maria Cecília Leite de Moraes, UFBA
Convidada Externa

Profa. Dra. Ingrid Assis, UFT
Convidada Interna

*Dedico este trabalho aos meus amados pais,
Terezinha Alves Alecrim e Antônio Viana
Alecrim, que sempre me incentivaram aos
estudos movidos pela ideia de que a educação
pode tornar as pessoas e o mundo melhores.*

Em nenhum momento da história estivemos tão imersos em um sistema de comunicação que configura nossos pensamentos, nossas mentes, nossas decisões.

Manuel Castells

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pelo dom da fé, pela força, coragem e inspiração recebidas. Meus agradecimentos aos professores Cynthia Mara Miranda e Fernando Lefèvre por me ajudarem a fazer desta jornada uma grande e prazerosa viagem em busca do conhecimento. Sou grato também à minha companheira Andréa Lopes Viana e à minha filha Cris Lopes Viana pelo apoio e paciência durante os dois anos que me dediquei a este trabalho. Cheguei até o final deste ciclo motivado pelo sentimento e certeza de que elas sempre estiveram ao meu lado.

RESUMO

Esta dissertação tem como objetivo refletir sobre a aplicação da saúde digital no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) durante a pandemia de COVID-19 no município de Palmas-TO. Para tanto, baseou-se no método do Discurso do Sujeito Coletivo, que busca compreender os modos de pensar de um grupo social sobre determinado tema. Neste caso, tratam-se de moradores do condomínio popular Residencial Parque da Praia, localizado em Palmas-TO. A pesquisa se propôs a demonstrar e analisar os efeitos da saúde digital no cotidiano dessa comunidade durante a pandemia de COVID-19. Também se buscou entender em que medida essas pessoas estão inseridas ou excluídas do mundo digital e qual a percepção delas sobre saúde digital, SUS, direito à saúde e à comunicação. O resultado da pesquisa foi obtido a partir da reprodução dos Discursos do Sujeito Coletivo, isto é, da opinião coletiva da comunidade acerca do tema saúde digital. Em geral, o grupo se considera relativamente informado sobre saúde, SUS e direitos sociais. A maioria dessa faz uso das Tecnologias da Informação e de Comunicação e da internet em seus cotidianos. Entretanto, observou-se que a saúde digital ainda é uma realidade distante para esses usuários do SUS, quando se trata da utilização desses recursos para se informar e solicitar serviços de saúde online.

Palavras-chaves: Saúde digital. Comunicação e Saúde. Pandemia de COVID-19. SUS.

ABSTRACT

This thesis aims to reflect on the application of digital health in the Unified Health System (SUS) during the COVID-19 pandemic, more specifically in the municipality of Palmas, Tocantins. For this purpose, the Collective Subject Discourse method was used, which seeks to understand the ways of thinking of a social group on a given topic. In this case, the relevant group are residents of the public housing condominium Residencial Parque da Praia, located in Palmas-Tocantins. The research set out to demonstrate and analyze the effects of digital health on the daily life of this community during the COVID-19 pandemic within the scope of the SUS. It also sought to understand the extent to which these people are included or excluded from the digital world, in addition to understanding their perception of digital health, SUS, the right to health and communication. The result of the research was obtained from the reproduction of the Collective Subject Discourse, that is, the collective opinion of the community on the topic of digital health. In general, the group considers itself relatively informed about health, SUS and social rights; most of this community makes use of Information and Communications Technology (ICT) and the internet in their daily lives. However, when it comes to using these resources to obtain information and request online health services, it was observed that digital health is still a distant reality for these SUS users.

Keywords: Digital health. Communication and Health. COVID-19 pandemic. Unified Health System (SUS).

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
COE	Centro de Operações em Emergência em Saúde
CREFISUL	Centro de Referência em Fisioterapia da Região Sul
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
EGSD2025	Estratégia Global de Saúde Digital 2020 – 2025
ESD28	Estratégia de Saúde Digital 2020 – 2028
FACOMTO	Federação das Associações Comunitárias e de Moradores do Tocantins.
FDS	Fundo de Desenvolvimento Social
FESP	Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas
IA	Inteligência Artificial
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IOT	Internet of Things (Internet das Coisas)
MS	Ministério da Saúde
NUT	Núcleo de Tecnologia em Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
RNDS	Rede Nacional de Dados em Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SEMUS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TIC	Tecnologia da Informação e Comunicação
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UVCZ	Unidade de Vigilância e Controle de Zoonoses

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - CONECTE SUS: PÁGINA INICIAL	52
FIGURA 2 - CONECTE SUS: PÁGINA CIDADÃO	53
FIGURA 3 - CONECTE SUS: VACINAS E CERTIFICADO DE VACINAÇÃO	53
FIGURA 4 - CONECTE SUS: EXAMES	54
FIGURA 5 - CONECTE SUS: APLICATIVOS	54
FIGURA 6 - IMAGEM ESQUEMÁTICA DA RNDS.....	55
FIGURA 7 - BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO CORONAVÍRUS DE PALMAS, Nº 01 (VERSÃO RESUMIDA)	60
FIGURA 8 - CARD DE DIVULGAÇÃO DO <i>CALL CENTER</i> DISQUE ZAP CORONAVÍRUS PALMAS	61
FIGURA 9 - PÁGINA INICIAL DO PORTAL PLANTÃO CORONAVÍRUS	63
FIGURA 10 - PANORAMA DAS TELECOMUNICAÇÕES NO BRASIL	64
FIGURA 11 - PANORAMA DAS TELECOMUNICAÇÕES EM PALMAS-TO.....	65
FIGURA 12 - CONSULTA MÉDICA OU COM OUTRO PROFISSIONAL DE SAÚDE ...	67
FIGURA 13 - FOTOGRAFIAS DO RESIDENCIAL PARQUE DA PRAIA (PALMAS- TO).....	69

LISTA DE TABELAS

QUADRO 1 -	QUESTÕES DA ENTREVISTA.....	22
------------	-----------------------------	----

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
1 METODOLOGIA	20
1.1 ETAPA 01: LEVANTAMENTO DE INFORMAÇÕES	22
1.2 ETAPA 2: ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES	23
1.3 SOFTWARE DSCSOFT	26
2 ESTADO DA ARTE SOBRE COMUNICAÇÃO E SAÚDE	28
2.1 COMUNICAÇÃO	28
2.2 COMUNICAÇÃO & SAÚDE	34
3 SAÚDE DIGITAL E A PANDEMIA DE COVID-19	45
3.1 SAÚDE DIGITAL NA PERSPECTIVA INTERNACIONAL E NACIONAL	45
3.2 SAÚDE DIGITAL EM PALMAS-TO	59
4 SAÚDE DIGITAL PARA UM GRUPO DE MORADORES DE PALMAS-TO PELO DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO	69
4.1 OPINIÃO DOS MORADORES DO RPP PELO DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO	70
4.1.1 QUESTÃO A – Hoje em Dia Tem Muita Informação Sobre Saúde, SUS, Vacinas, Exames e Doenças. Você se Acha uma Pessoa Informada sobre Saúde? ..	71
4.1.1.1 DSC A1 – Sim, pela Televisão e Jornais	71
4.1.1.2 DSC A2 – Sim, pela Mídia Eletrônica	72
4.1.1.3 DSC A3 – Sim, com Busca Ativa de Informações	73
4.1.1.4 DSC A4 – Sim, Procura se Atualizar	74
4.1.1.5 DSC A5 – Sim, me Informo com Pessoas Próximas e no Postinho	74
4.1.1.6 DSC A6 – Sim, é Informada Sobre o SUS	75
4.1.1.7 DSC A7 – Não Cem por Cento	75
4.1.1.8 DSC A8 – Há Informação, mas Não Há Atendimento	76
4.1.1.9 DSC A9 – No Momento Não	76
4.1.2 QUESTÃO B – Você Costuma Usar a Internet na Sua Vida Diária? Fale Sobre Isso	77
4.1.2.1 DSC B1 – Sim, para Uso Geral e Frequente	77
4.1.2.2 DSC B2 – Sim, Uso para Estudo, Trabalho e Comunicação	78
4.1.2.3 DSC B3 – Sim, para Redes Sociais e Comunicação	78
4.1.2.4 DSC B4 – Quase Não Uso ou Não Uso a Internet	79

4.1.3	QUESTÃO C – Você Acessa à Internet para Obter Informações sobre Saúde ou Solicitar Serviços? Comente a sua Resposta	80
4.1.3.1	DSC C1 – Não, Só Presencialmente	80
4.1.3.2	DSC C2 – Só Pesquisa sobre Medicamentos e Tratamentos	81
4.1.3.3	DSC C3 – Sim, Pesquisa Ativamente e Solicito Serviços	82
4.1.3.4	DSC C4 – Não, só me Informo Sobre Saúde pela TV e Jornal	83
4.1.3.5	DSC C5 – Não me Informo, mas Solicito Alguns Serviços.....	83
4.1.3.6	DSC C6 – Me Informo, mas Serviço só Presencialmente.....	84
4.1.3.7	DSC C7 – Me Informo e Às Vezes Solicito Serviço pela Internet.....	84
4.1.4	QUESTÃO D – Você Conhece o Plantão Coronavírus da Prefeitura de Palmas e o Conecte SUS do Ministério da Saúde? Se Sim, o que Você Acha deles? 85	
4.1.4.1	DSC D1 a D4.....	85
4.1.4.2	DSC D5 – Conheço o Plantão Coronavírus, mas Não Gostei.....	86
4.1.4.3	DSC D6 – Conheço o Plantão Coronavírus e Já Usei.....	86
4.1.4.4	DSC D7 – Conheço o Conecte SUS e Já Usei	87
4.1.4.5	DSC D8 – Conheço e Já Usei os Dois	88
4.1.5	QUESTÃO E - Oferecer Informações sobre Saúde é uma Obrigação dos Governos e da Prefeitura. Você Acha que Isso está Acontecendo Aqui em Palmas?	
	88	
4.1.5.1	DSC E1 – Sim, Estão Cumprindo com a Obrigação de Informar	88
4.1.5.2	DSC E2 – Não Estão Informando.....	89
4.1.5.3	DSC E3 – As Informações são Divulgadas na TV e na Internet	90
4.1.5.4	DSC E4 – Parcialmente, Nem Sempre.....	90
4.1.5.5	DSC 05 – Não é Responsabilidade só dos Governos.....	91
4.1.5.6	DSC 06 – Prefeitura Divulgou mais que o Governo Federal	92
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	94
	REFERÊNCIAS	98
	ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	102

INTRODUÇÃO

Diante da maior crise sanitária e humanitária das últimas décadas, em decorrência da disseminação do vírus causador da COVID-19, ficou evidente como a informação fidedigna e oportuna pode contribuir na prevenção, enfrentamento e controle de uma pandemia. Neste sentido, a saúde digital, compreendida aqui como o uso de recursos de Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) para produzir e disponibilizar serviços e informações seguras sobre o estado de saúde aos pacientes, tornou-se uma estratégia imprescindível para que as unidades assistenciais de saúde, profissionais da área e cidadãos compartilhassem esses recursos que se mostraram capazes de promover prevenção e atendimentos com mais segurança, eficiência e rapidez. Considerando que o distanciamento físico entre as pessoas foi uma das principais recomendações como medida preventiva à disseminação do “novo” vírus, a intensificação do acesso à saúde de forma remota se revelou uma solução ainda mais assertiva no transcorrer da pandemia. Sendo assim, em um contexto de grandes incertezas da saúde mundial se constatou como o uso de informações corretas pode ser uma estratégia fundamental para a conscientização social em prol do controle e combate de uma situação de crise em saúde desta proporção.

No Brasil, o Programa Conecte SUS é a principal iniciativa de saúde digital e foi impulsionado pelo Ministério da Saúde (MS) para dar celeridade às ações de fortalecimento e combate à pandemia de COVID-19 em âmbito nacional. O programa é um desdobramento do Sistema Único de Saúde (SUS), que possui uma gestão tripartite (feita pelos governos Federal, estaduais e municipais), por isso, os municípios também passaram a investir na saúde digital como um dos modos de enfrentamento à pandemia. Palmas, capital do Tocantins, aderiu à estratégia logo no início do ano de 2020, quando a Secretaria Municipal da Saúde (Semus) e o Núcleo de Tecnologia em Saúde (NUT/Semus) iniciaram o desenvolvimento do portal “Plantão Coronavírus”, passando a reunir informações relacionadas à pandemia em nível local, como boletins diários, e disponibilizar ferramentas para facilitar o agendamento de testes e vacinas, resultados de testes, etc.

Diante deste cenário, a presente pesquisa se propôs a responder ao seguinte problema: qual o papel da saúde digital no acesso à saúde pública no município de Palmas-TO? O questionamento surgiu pelo envolvimento do pesquisador com as questões de saúde e comunicação a partir da experiência profissional enquanto assessor de comunicação na Secretaria Municipal da Saúde e na Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas, ambos os órgãos ligados ao SUS. O ingresso no Programa de Pós-Graduação em Comunicação e

Sociedade da Universidade Federal do Tocantins (PPGCOMS/UFT) possibilitou o embasamento para a escolha do tema e objeto empírico “saúde digital”, vista sob a ótica do campo de estudos intitulado Comunicação & Saúde. Em busca de responder ao problema da pesquisa foi considerado como base de análise um grupo de moradores do Residencial Parque da Praia (RPP), condomínio popular localizado em uma região periférica no município de Palmas-TO. O residencial é fruto de parceria entre o Governo do Tocantins, a Federação das Associações Comunitárias e de Moradores do Tocantins (Facomto) e o Governo Federal, que beneficiou diretamente cerca de 640 pessoas. O conhecimento sobre o Residencial Parque da Praia se deu por meio da Facomto, entidade que integra um comitê nacional de organizações não governamentais que lutam em favor de uma melhor distribuição e acesso à moradia para população brasileira.

A linha teórica que norteia este trabalho se fundamenta na perspectiva de que a sociedade está organizada em campos, seguindo o conceito de Bordieu (1996). Nesses campos ocorrem lutas e negociações entre os agentes e grupos sociais, os quais buscam legitimar as suas ideias e torná-las aceitas. Esses embates simbólicos envolvem a conquista ou a efetivação dos direitos sociais e da cidadania. Direito à saúde e à comunicação estão intrinsecamente ligados e isso é um dos pressupostos centrais do campo de estudo Comunicação & Saúde (C&S), que foi adotado nesta dissertação como a base para as reflexões pertinentes ao tema saúde digital, observada aqui como um desdobramento do referido campo de estudo, no qual se entende que o direito à saúde só pode ser plenamente alcançado pelos indivíduos e pela coletividade se o direito à comunicação também lhes for assegurado.

Para além do simples ato de se expressar ou de transmitir informações, comunicar refere-se a um processo de compartilhar, tornar comum ou criar uma comunidade (GOMES, 2007), portanto, a comunicação é vista aqui sob a perspectiva dialógica. Trata-se de uma comunicação de todos para todos, que envolve também o direito do cidadão e suas organizações comunitárias de se comunicarem pelos meios de comunicação social na condição de emissores (produtores e difusores) de conteúdo (URUPÁ, 2016). A informação é elemento fundamental nesse processo, conforme Capurro e Hjørland (2007), compreendida como coisa, dado ou objeto, ideia ou signo que depende das necessidades interpretativas e das habilidades do indivíduo, um conhecimento transmitido a alguém.

A partir do problema da pesquisa se definiu como objetivo geral demonstrar e analisar os efeitos da saúde digital no cotidiano dos moradores do Residencial Parque da Praia (de Palmas-TO) no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) durante a pandemia de COVID-19. Os objetivos secundários foram estabelecidos para levantar informações sobre a saúde digital

na perspectiva institucional em âmbitos global (OMS), nacional (Ministério da Saúde) e municipal (Semus Palmas); investigar se entre os moradores do RPP há pessoas não inseridas no mundo tecnológico e de que maneira elas foram alcançadas pelas estratégias de controle da pandemia em âmbito local; observar a utilização da saúde digital entre os moradores do Residencial Parque da Praia e descrever a percepção deles sobre o SUS e os direitos à saúde e à comunicação.

A motivação para a realização da pesquisa, como dito, decorreu da atuação do pesquisador como assessor de comunicação da Secretaria Municipal da Saúde de Palmas (Semus) e da Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas (Fesp), entre os anos de 2017 e 2021. A partir do início da pandemia de COVID-19 começamos a observar com maior interesse os novos usos das TIC ante o cenário pandêmico e como essas tecnologias estão influenciando a relação dos usuários com a saúde pública. As ferramentas digitais se apresentaram como parte de uma ação emergencial de enfrentamento ao novo vírus e à doença até então desconhecidos. No entanto, naquele momento surgiram questionamentos acerca do potencial que as tecnologias digitais e a internet teriam para aplacar os impactos da pandemia, sobretudo quando se considera a desigualdade socioeconômica e educacional do Brasil e de Palmas, fator que também provoca a exclusão digital para uma parcela significativa da população.

A pandemia de COVID-19 apontou como informação, comunicação e saúde são interligadas. São direitos sociais, mas, para além disso, são elementos que precisam interagir entre si para que a prevenção, a promoção da saúde e os diversos serviços do SUS sejam oferecidos de forma eficiente e no tempo em que os usuários necessitam. Neste contexto, a saúde digital e as TIC se tornaram mecanismos facilitadores para que as pessoas obtivessem acesso às informações e aos serviços, como resultados de exames laboratoriais relacionados à COVID-19, agendamento de testes para detecção do vírus SARS-CoV-2 (e variantes), agendamento de vacinação, emissão do Certificado Nacional de Vacinação COVID-19, etc.

A pandemia provocou mudanças significativas na vida das pessoas e isso gerou novas demandas, levando também a adoção de novas estratégias de enfrentamento ao vírus por parte dos órgãos de saúde, o que exigiu ampliar o uso da tecnologia. O desafio desta dissertação foi compreender até que ponto essas transformações sociais decorrentes da pandemia impactaram ou influenciaram na interação dos usuários com o SUS por meio da saúde digital. A pesquisa se justifica, dessa maneira, pela necessidade de se averiguar como essas mudanças recentes trazidas pela pandemia estão modificando a relação das pessoas com o SUS, suas percepções sobre direito à comunicação, informação e saúde e como tudo isso pode estar estimulando ou não o acesso à saúde digital.

Diante da escassez de estudos sobre o tema no cenário local de Palmas, buscou-se entender como tais transformações impactaram a vida dos moradores do Residencial Parque da Praia durante a pandemia. Ademais, é pertinente compreender em que medida a saúde digital está acessível para esta população, levando em conta que a internet está longe de ser democratizada no país, e como os indivíduos ou grupos infoexcluídos estão sendo vistos nas estratégias de enfrentamento à pandemia. O estudo se propôs a investigar e demonstrar possíveis lacunas ou desigualdades existentes quanto à posse dos meios tecnológicos que dão acesso aos serviços em saúde. Os apontamentos e reflexões da pesquisa podem ser úteis para a tomada de decisões de gestores e no aprimoramento de estratégias e políticas públicas relativas à saúde digital, em âmbito local.

Para o desenvolvimento do presente trabalho, a dissertação foi composta por quatro capítulos, sendo eles: Metodologia, Estado da Arte sobre Comunicação & Saúde, Saúde Digital e a Pandemia de COVID-19 e Saúde Digital para Um Grupo de Palmas-TO pelo Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Foi utilizado como método o DSC (LEFÈVRE, 2017), criado por pesquisadores ligados à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP) em meados da década de 1990. O professor Fernando Lefèvre, coorientador da pesquisa que resultou nesta dissertação, protagonizou a criação e difusão deste método.

O primeiro capítulo se destina a descrever o percurso metodológico adotado para se adentrar no tema em questão. A princípio, buscou-se o embasamento teórico por meio da revisão de literatura para, em seguida, conhecer os modos de pensar de um grupo de moradores de Palmas, por meio da aplicação do método do DSC, que tem como finalidade reproduzir a opinião coletiva de uma comunidade sobre determinado tema, neste caso a saúde digital no contexto do SUS durante a pandemia de COVID-19. O segundo capítulo é constituído pela revisão de literatura acerca do campo da Comunicação e suas interfaces com a Saúde, que resultaram no surgimento de um novo campo emergente denominado Comunicação & Saúde.

O terceiro capítulo traz algumas reflexões sobre o conceito de saúde digital (SD), sobre as Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) e como elas passaram a ser utilizadas para facilitar o acesso a informações e a serviços em saúde, mais exatamente no SUS, durante a pandemia da COVID-19. Discorre-se ainda sobre como Organização Mundial da Saúde (OMS) estimulou e impulsionou a adoção da SD com o intuito de fazer frente aos efeitos da crise de saúde e como o Ministério da Saúde do Brasil também passou a adotar a saúde digital no SUS. Ao final do capítulo, aborda-se a adoção da SD pela rede municipal de saúde de Palmas-TO e como ela respondeu aos desafios trazidos pela pandemia.

No quarto e último capítulo, a saúde digital é analisada na perspectiva de um grupo de moradores do condomínio Residencial Parque da Praia (RPP). Buscamos também observar, descrever e analisar a percepção da comunidade sobre questões como o SUS, o direito à saúde e à comunicação. Para tanto, captou-se as formas de pensar ou a opinião coletiva do grupo com o auxílio do método do Discurso do Sujeito Coletivo.

1 METODOLOGIA

Esta pesquisa tem caráter quali-quantitativo e se destina a descrever e analisar a saúde digital (SD) no contexto da pandemia de COVID-19, levando em conta um dado grupo social e os significados e sentidos que o ambiente e os sujeitos manifestam. Esse tipo de estudo se ocupa em obter dados por meio do contato direto e interativo do pesquisador com a situação observada, o objeto empírico (ZANELLA, 2011). Logo, o pesquisador busca compreender os fenômenos a partir da perspectiva dos participantes do estudo, podendo realizar a interpretação do que foi observado (NEVES, 1996).

Inicialmente, buscou-se conhecer a fundamentação teórica do campo Comunicação & Saúde (C&S) e sua relação com a saúde digital enquanto objeto empírico para, posteriormente, descrever e analisar as implicações da utilização dos recursos tecnológicos para a obtenção de informações e serviços em saúde pelo grupo social que colaborou com a pesquisa.

As autoras Gerhardt e Silveira (2009) afirmam que a pesquisa qualitativa não se preocupa com representatividade numérica, mas, sim, com o aprofundamento da compreensão de um grupo social, de uma organização, etc. Em estudos dessa natureza se faz uso de diversas técnicas para se abstrair dados e informações, como entrevistas, narrativas, documentos, questionários e tantos outros. Neste caso, optou-se pelo levantamento via questionário semiestruturado e sua aplicação ao grupo social escolhido: moradores do Residencial Parque da Praia (RPP), localizado no município de Palmas-TO.

Em seguida, as respostas dos entrevistados foram examinadas com o auxílio da técnica de tabulação e organização de dados quali-quantitativos denominada Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que se baseia na Teoria da Representação Social (JODELET, 1989 apud LEFÈVRE, 2017).

O grupo que compôs esta pesquisa foi escolhido devido ao seu histórico de mobilização social em busca do direito à moradia, portanto, por haver entre essas pessoas um certo senso comunitário estabelecido ao longo dos anos de convivência e luta em prol de um bem comum. Além disso, considerou-se que a maioria dos integrantes do grupo seja usuária do SUS, característica relevante para os fins desta pesquisa.

Os moradores do condomínio popular RPP foram beneficiados pelo programa do Governo Federal Minha Casa Minha Vida, denominado assim até o ano de 2020. Trata-se de um complexo habitacional composto por 160 apartamentos, com capacidade para abrigar aproximadamente 640 pessoas. Os prédios ficam localizados no endereço ALCNO 33 (309 Norte), Área HM-01, Plano Diretor Norte, Palmas-TO, também conhecida como região das

Arnos ou Vila União, considerado um território periférico do município. O capítulo 4, *Saúde Digital para um Grupo de Moradores de Palmas-TO pelo Discurso do Sujeito Coletivo*, traz informações mais detalhadas sobre o condomínio e a sua comunidade.

Com o apoio da Federação das Associações Comunitárias e de Moradores do Tocantins (Facomto) foi estabelecido o primeiro contato entre este pesquisador e a síndica do RPP, Artenísia Sousa dos Santos, a qual se ofereceu para colaborar com a pesquisa, o que se formalizou por meio da assinatura da Carta de Anuência, anexada ao processo de submissão do projeto de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal do Tocantins (CEP/UFT), autorizando-se, assim, a aplicação dos questionários aos moradores nas dependências do condomínio.

Após a submissão do projeto ao CEP/UFT e da sua aprovação na data de 10 de outubro de 2022, foi iniciado o trabalho de campo junto ao grupo, cuja amostra se pré-definiu entre 45 e 50 pessoas. Os requisitos para a escolha dos indivíduos foram: ter acima de 18 anos de idade; ser usuário do SUS; residir no condomínio há pelo menos 2 anos (data que coincide com a ocorrência da pandemia de COVID-19). Além desses critérios, buscou-se equilibrar a quantidade de participantes de diferentes gêneros de modo que houvesse a maior diversidade possível.

Os indivíduos que aceitaram participar tiveram a garantia de que suas identidades e privacidade seriam preservadas e que seriam mantidos o sigilo e a confidencialidade dos seus dados. O pesquisador responsável assinou um Termo de Confidencialidade, o qual também se encontra anexado ao processo de autorização da pesquisa junto ao Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal do Tocantins (CEP/UFT), na Plataforma Brasil.

Os participantes do estudo foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa, benefícios, riscos, direitos e demais garantias. Aqueles que concordaram em participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), também incluso ao processo do CEP/UFT e reproduzido neste trabalho como anexo. A pesquisa foi orientada a partir da Resolução de Nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, respeitando os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado (Conselho Nacional de Saúde, 2012).

Além da revisão de literatura, necessária e indispensável para a fundamentação teórica da temática proposta, a metodologia deste trabalho foi estruturada e dividida em duas etapas:

1.1 ETAPA 01: LEVANTAMENTO DE INFORMAÇÕES

Optamos pela técnica de entrevista individual com a aplicação presencial de questionário semiestruturado por ser um instrumento eficiente de coleta de dados utilizado em estudos quali-quantitativos. Como aponta Zanella (2011), esta é uma das técnicas mais utilizadas nesse tipo de pesquisa porque oferece como vantagem a rapidez e liberdade nas respostas.

Neste trabalho, as questões foram pré-definidas e alinhadas aos objetivos da pesquisa. Um questionário contendo 5 (cinco) perguntas foi aplicado presencial e individualmente nas dependências do Residencial Parque da Praia. Antes de iniciar a aplicação das questões, cada participante informou dados como nome completo, idade, profissão, grau de escolaridade, tempo de moradia no RPP e se é ou não usuário do SUS. Além de servir para identificação do participante, esses dados também foram utilizados para as análises e necessários para constatar se o indivíduo preenchia os pré-requisitos estabelecidos pela pesquisa. Todas as perguntas e respostas foram gravadas em um equipamento digital (smartphone), posteriormente transcritas para, em seguida, serem processadas e analisadas segundo o método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Lefèvre (2017) diz que a técnica de entrevista é a mais adotada em pesquisas que fazem uso do método do DSC e, em muitos casos, é imprescindível para se alcançar os objetivos propostos. São vantagens da entrevista individual:

Abordagem sujeito a sujeito, o que permite o resgate da opinião individual livre de qualquer tipo de interferência, sendo esta a sua principal superioridade em relação aos depoimentos obtidos em grupo; possibilita ao entrevistador bem capacitado conduzir adequadamente a entrevista, observando se o pesquisado teria algo mais a dizer e cortando discursos inúteis no momento da entrevista (fragmentos de discurso fora do tema); proporciona o resgate discursivo da opinião de populações que não têm a sua voz ouvida, como: analfabetos, tuberculosos, presidiários, etc. (LEFÈVRE, 2017, p. 29)

Nesta pesquisa, a aplicação do questionário seguiu um roteiro de entrevista, o qual previu: i) breve explanação sobre o projeto e seus objetivos, direitos do participante, riscos, benefícios, etc.; ii) sondagem sobre os critérios de inclusão na pesquisa: idade, se é ou não usuário(a) do SUS e tempo de residência no RPP; iii) confirmação se o indivíduo deseja prosseguir ou declinar de sua participação; iv) entrega do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para leitura e assinatura; v) coleta dos seguintes dados: nome, idade, atividade profissional, grau de escolaridade e identificação de gênero; vi) início da entrevista com a aplicação das 5 (cinco) questões reproduzidas no Quadro 1.

Quadro 1 - Questões da entrevista

Questão 01	Hoje em dia tem muita informação sobre saúde, SUS, vacinas, exames e doenças. Você se acha uma pessoa informada sobre saúde? Comente a sua resposta.
Questão 02	Você costuma usar a internet na sua vida diária? Fale um pouco sobre isso.
Questão 03	Você acessa a internet para obter informações sobre saúde ou solicitar serviços? Comente a sua resposta.
Questão 04	Você conhece os sites Plantão Coronavírus, da Prefeitura de Palmas, e o Conecte SUS, do Ministério da Saúde? Se sim, o que você acha deles?
Questão 05	Oferecer informações sobre saúde é uma obrigação dos governos e da Prefeitura. Você acha que isso está acontecendo aqui em Palmas?

Fonte: Próprio autor.

1.2 ETAPA 2: ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

As respostas obtidas foram descritas e analisadas por meio do método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) com o auxílio do software DSCsoft, desenvolvido e programado para processar dados de natureza quali-quantitativa que estejam organizados sob a forma de discurso, depoimentos ou textos de qualquer natureza.

Este instrumento e método de pesquisa foi desenvolvido no final da década de 1990 na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP). Conforme Lefèvre e Lefèvre (2006), o DSC se baseia nos pressupostos da Teoria das Representações Sociais (JODELET, 1989 apud LEFÈVRE, 2017); elenca e articula uma série de operações sobre o conteúdo das informações coletadas em pesquisas empíricas de opinião por meio de questões abertas. Essas operações corporificam depoimentos coletivos compostos por partes dos depoimentos individuais, sendo que cada depoimento coletivo representa um posicionamento ou opinião distinta. Os depoimentos individuais são transformados em um discurso coletivo, redigido na primeira pessoa do singular para produzir no receptor o efeito ou sensação de uma opinião única ou coletiva.

Figueiredo *et al.* (2013) dizem que o método tem contribuindo para uma mudança nas pesquisas qualitativas porque possibilita que se conheça os pensamentos, crenças, valores e sentidos de um grupo ou coletividade sobre determinado tema, isto é, lida com um tipo de realidade que não pode ser totalmente mensurada. “O desafio a que o DSC busca responder é o da autoexpressão do pensamento ou opinião coletiva, respeitando-se a dupla condição qualitativa e quantitativa destes” (FIGUEIREDO *et al.*, 2013, p. 129).

Lefèvre (2017) afirma que o uso do método passou a ser progressivamente adotado por expressivo número de pesquisadores de diversos espaços acadêmicos brasileiros e estrangeiros, em projetos de pesquisa, teses, artigos, dissertações, congressos, etc. O método surgiu no contexto institucional da saúde pública e isso explica, segundo o autor, o motivo pelo qual vem sendo utilizado com maior frequência em pesquisas relacionadas às áreas da Saúde e correlatas. No entanto, o DSC é uma metodologia aplicável a todas as áreas do conhecimento quando houver a intenção de se investigar empiricamente as Representações Sociais de atores sociais acerca de variados temas tanto no âmbito acadêmico como fora dele (LEFÈVRE, 2017).

Representação Social (RS) é uma teoria sobre os modos de pensar e de se expressar do ser humano. São coisas familiares e reconhecíveis sem maiores dificuldades pelas pessoas (pelo senso comum), o que aproxima a RS do universo empírico. Ela está presente sempre que uma pessoa emite uma opinião, um julgamento, uma avaliação, um posicionamento, ou seja, sempre que o indivíduo se manifesta ou se expressa (JODELET, 1989 apud LEFÈVRE, 2017). Sendo assim, é possível agrupar ou reconstituir depoimentos ou outras expressões do pensamento individual em grandes categorias de sentido (LEFÈVRE, 2017). Essas categorias são esquemas sociocognitivos, ou seja,

modos socialmente compartilhados de conhecer ou representar e interagir com o mundo e com a vida, no cotidiano, presentes nos atores sociais de uma dada formação social e que revelam a consciência possível de tais atores em determinado momento histórico. (JODELET, 1989 apud LEFÈVRE, 2017)

De acordo com Lefèvre (2017, p. 33), o método do DSC deve cumprir algumas etapas para a elaboração dos discursos:

- 1) **Obtenção dos dados:** no caso desta pesquisa foi usada a técnica de entrevista, conforme já mencionado anteriormente;
- 2) **Redução do discurso:** esta é a fase em que se analisa individualmente cada depoimento para abstrair o seu conteúdo mais relevante. Para tanto, seleciona-se as partes significativas do texto com base na pergunta feita. É nesse procedimento que se obtém as denominadas Expressões Chaves (EC). Trata-se de uma etapa fundamental porque é nela que se extrai a contribuição de cada pessoa para a formulação do pensamento coletivo, isto é, a construção final do DSC;
- 3) **Busca do(s) sentido(s):** depois de identificar as EC, o próximo passo é verificar se existe no depoimento um ou mais posicionamentos diante do problema apresentado. No DSC isso é chamado de Ideia Central (IC) ou Ideias Centrais,

se mais de uma. São formulações sintéticas do pesquisador que permite observar no depoimento outros sentidos relacionados à questão apresentada. A diferença entre IC e EC é que a primeira se refere ao(s) sentido(s) do depoimento e a segunda diz respeito ao(s) conteúdo(s).

É possível identificar um tipo específico de IC denominada Ancoragem (AC), que se caracteriza na Teoria da Representação Social como um mecanismo no qual o indivíduo se apoia (ancora) em determinado conhecimento ou informação pertencente ao seu repertório para dar sentido a um problema, evento ou situação apresentada. As AC nem sempre estão presentes nos depoimentos, mas quando aparecem se manifestam em formulações que se associam diretamente a crenças ou representações sedimentadas, que servem para apoiar ideias, posicionamentos, opiniões, etc. São exemplos de AC: “Médico que é médico tem que examinar a gente”; “Não poria nunca meu pai num asilo, porque filhos têm que cuidar dos pais quando estes ficam velhos, porque eles cuidaram da gente quando éramos crianças” (LEFÈVRE, 2017, p. 33).

- 4) **Categorização:** trata-se da fase em se identificam depoimentos que apresentam Ideias Centrais ou Ancoragens de sentidos parecidos, as quais passam a fazer parte de uma Categoria com sentido semelhante e recebem um determinado nome (A, B, C, etc.). Por exemplo: em uma pesquisa sobre política e religião, a categoria A se refere ao grupo que é a favor do Estado laico, enquanto o grupo da categoria B acha que o Estado deve adotar uma religião ou doutrina para nortear a governança. Lefèvre (2017) ressalta que na “pesquisa empírica de RS, os filtros de interpretação são obviamente necessários, mas nos casos daqueles que usam o DSC, tais filtros só devem ser mobilizados depois de reconstituída a categoria de sentido que os depoentes manifestam” (LEFÈVRE, 2017, p. 35). Como já demonstrado, cabe ao método do DSC reconstituir o pensamento ou discurso coletivo. Feito isso, o pesquisador assume o desafio de interpretar o texto que foi gerado.

Acerca do tema da pesquisa, Lefèvre (2017) explica que a Representação Social reconstituída pelo pesquisador usando o DSC se refere ao sentido que o sujeito pesquisado dá ao assunto em questão. Por outro lado, a interpretação que o pesquisador faz dessa Representação é o sentido que ele próprio atribui ao sentido dado pelo sujeito pesquisado.

- 5) **Discurso do Sujeito Coletivo:** é a reunião das Expressões Chaves que possuem Ideias Centrais ou Ancoragens com sentidos semelhantes. Trata-se do agrupamento dos conteúdos, ideias, argumentos contidos nas respostas com

sentidos parecidos que foram reunidos em uma Categoria. Lefèvre (2017, p. 36) explica que para obter o DSC é necessário utilizar:

técnicas básicas de edição: encontrar um depoimento que ‘adapte-se melhor com o começo da narrativa, outro com o fim da narrativa, fazer o link entre as ideias usando conectivos como também, além disso, assim, etc., escolher um determinado sexo quando os depoimentos semelhantes forem de homens e mulheres, eliminar particularismo como cidade, idade, etc., tudo sem afetar o sentido que cada depoimento apresenta isoladamente.

Depois de concluir a sua reprodução, o DSC é escrito em primeira pessoa do singular e isso é feito para deixar claro que o que se pretende demonstrar é o pensamento coletivo em sua expressão direta: “o que eu (coletivo) penso e não o que ele (o pesquisador na terceira pessoa) pensa que eu penso” (LEFÈVRE, 2017, p. 36).

1.3 SOFTWARE DSCSOFT

De acordo com Lefèvre (2017), foi necessário implementar o uso de um software para auxiliar na construção do DSC. A criação da tecnologia é fruto de parceria entre a Universidade de São Paulo (USP) com a empresa Salles e Paschoal, sendo que os criadores do método são os responsáveis pelo conteúdo metodológico do programa. A primeira versão do sistema foi chamada de Qualiquantisoft e, após alguns anos de uso por um número considerável de pesquisas, foi elaborada outra versão, batizada de DSCSoft. O autor aponta algumas vantagens e funções do software como: i) armazenamento dos dados relativos à pesquisa, tanto informações do entrevistado (nome, idade, sexo, profissão, etc.) como os próprios Discursos do Sujeito Coletivo; ii) cruzamento de todas as variáveis arquivadas e os DSC (LEFÈVRE, 2017). Com isso, é possível: i) elaborar DSC genéricos (envolvendo todo o grupo) e também específicos (DSC de mulheres, homens, idosos, etc.); ii) apresentar dados quantitativos por meio de gráficos; e iii) importar ou exportar uma pesquisa, o que torna possível o compartilhamento desta entre uma equipe de pesquisadores.

Lefèvre (2017) ressalta que o software é apenas uma ferramenta, isto é, um recurso de informática para auxiliar no processamento das informações e destinado a facilitar a elaboração dos DSC. No entanto, o sistema não é autônomo e depende totalmente do pesquisador para realizar o trabalho. Todos os processos de descrição e formulação dos discursos coletivos são feitos pelo pesquisador, tais como separar as categorias dos depoimentos, ideias centrais ou ancoragens. Portanto, o programa é apenas um facilitador do processo.

Cabe realçar aqui que a escolha deste método se deveu à proximidade que existe entre a Teoria das Representações Sociais com certos aspectos da comunicação dialógica, especialmente a ideia de polifonia defendida por Bakhtin. Este conceito diz que em cada fala, texto, enunciado ou discurso coexistem muitas vozes envolvidas, que são interesses e posições diferentes na estrutura social. Nesse sentido, a linguagem se torna uma arena de lutas sociais em que podem ocorrer negociações, perdas ou ganhos nas relações de poder.

As Representações Sociais são ideias ou pensamentos coletivos que podem ser identificados e reconstituídos pelo método do DSC. Sempre que um sujeito se expressa estão presentes neste ato pensamentos, conhecimentos e informações comuns, isto é, modos socialmente compartilhados de se compreender o mundo que o cerca.

Logo, é possível depreender que as múltiplas vozes da polifonia são semelhantes às Representações Sociais (pensamentos coletivos) de determinado grupo. Sendo assim, esta pesquisa se fundamenta nos pressupostos teóricos da Comunicação & Saúde e utiliza o método do DSC para identificar, reconstruir e analisar o que o grupo social composto por moradores do Residencial Parque da Praia (Palmas-TO) pensa sobre o tema saúde digital no contexto do SUS durante a pandemia de COVID-19.

2 ESTADO DA ARTE SOBRE COMUNICAÇÃO E SAÚDE

Saúde digital é um termo relativamente novo que emerge a partir do desenvolvimento e expansão das Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) aplicadas ao campo da Saúde. A presente dissertação parte do entendimento de que a comunicação está em todas atividades humanas e sociais, portanto, intrinsecamente ligada à saúde em seu aspecto mais abrangente (enquanto prática social), ou específicos, quando ocorre por intermédio das TIC. A partir da revisão bibliográfica sobre os temas aqui propostos, este capítulo discutirá a relação existente entre comunicação, saúde e TIC, assim como as convergências e interconexões entre esses assuntos.

2.1 COMUNICAÇÃO

Comunicação é um tema diverso e que abrange muitos conceitos e opiniões em diferentes espaços teóricos. Educadores, filósofos de épocas distintas, sociólogos e comunicólogos se ocuparam em elaborar ideias para compreender a importância da comunicação nas atividades humanas e no processo de construção social. Torna-se até mesmo difícil imaginar o mundo, a sociedade em que vivemos e os seus diferentes campos (econômico, científico, religioso, político, tecnológico, da Saúde e tantos outros) sem considerar o protagonismo da comunicação, vista sob o aspecto das relações interpessoais, assim como em seu nível mais ampliado que envolve a coletividade, as instituições, os espaços de poder e a mídia. O desenvolvimento da comunicação, “da oralidade à instrumentalização técnica, confunde-se com a luta da humanidade para sobreviver, dominar a natureza, construir conhecimentos e expandir-se” (GOMES, 2007, p. 25). Paulo Freire (1983) destacou que o mundo dos seres humanos é um mundo de comunicação. “Todo ato de pensar exige um sujeito que pensa, um objeto pensado, que mediatiza o primeiro sujeito do segundo, e a comunicação entre ambos, que se dá através de signos linguísticos” (FREIRE, 1983, p. 44).

A comunicação está presente nos diferentes campos por meio da linguagem, onde atua como elemento articulador e fundamental das relações sociais, ao mesmo tempo em que também é um campo do conhecimento que se pretende autônomo. Por se tratar de um tema abrangente e com múltiplos significados, almeja-se aqui empreender esforços para explicar a formação e a existência da Comunicação enquanto instância do saber. Para tanto, é oportuno recorrer à definição de campo proposta por Bourdieu (1996), segundo a qual diz se tratar de um espaço social formado a partir de relações objetivas entre agentes e instituições com vistas a

legitimar cognitivamente as suas ideias. É um ambiente diverso, objetivo e estruturado de posições que, entre outras coisas, define algumas importantes condições de produção dos sentidos sociais e onde ocorrem as disputas de poder simbólico, isto é, a capacidade de “fazer ver e fazer crer” (BORDIEU, 1989). Ao conceito de campo pode se acrescentar ainda:

Campo é um espaço sociodiscursivo de natureza simbólica, permanentemente atualizado por contextos específicos, formado por teorias, modelos e metodologias, sim, mas também por agentes, instituições, políticas, discursos, práticas, instâncias de formação e, muito importante, por lutas e negociações. (ARAÚJO; CARDOSO, 2007, p. 20)

Muniz Sodré (2012) esclarece que a tônica do conceito de Bourdieu está na explicação da passagem do subjetivo ao objetivo nas ciências sociais e humanas. Determinada prática individual seria explicada pela junção da análise do fato social (modos de agir) com a análise da gênese das estruturas mentais que geraram tal prática. A ideia do sociólogo francês seria “a formulação de uma teoria da prática” (SODRÉ, 2012). Três conceitos norteiam essa concepção de campo: a) *habitus*, conjunto de disposições mentais que levam a práticas e percepções sobre o mundo; b) espaço social, é onde se localizam os agentes sociais (agrupamento de indivíduos em defesa de interesses comuns) distinguidos por suas identidades e pelo acúmulo de capital simbólico; c) capital simbólico, formas de dominação social, econômica e cultural, as quais organizam as estruturas de poder dentro dos campos sociais.

O conceito de campo social pode ser aplicado ao universo da ciência, já que neste ambiente estão presentes os seus elementos constitutivos, quais sejam, *habitus*, espaço social (com seus agentes) e capital simbólico. Uma instância do conhecimento se forma a partir de determinado contexto histórico com a finalidade de oferecer respostas práticas a demandas do Estado ou da sociedade civil. De modo geral, um campo científico nasce pela iniciativa de instituições acadêmicas renomadas e por meio do esforço teórico de pesquisadores. No entanto, este aspecto objetivo não garante total legitimidade, estabilidade e autonomia a um campo acadêmico. “Nele importa o lugar ocupado por cada um de seus membros, portanto, o espaço social, de modo que o alcance das questões levantadas não é independente da virtude cognitiva e do peso institucional do sujeito que fala” (SODRÉ, 2012).

Há um debate dentro e fora do campo da Comunicação sobre a sua existência como tal e também acerca da sua autonomia. O pesquisador estadunidense Robert Craig (1999 apud SODRÉ, 2012) afirma que esse campo inexistente de maneira organizada ou identificável, além de não haver consenso quanto às teorias ou sobre a relevância de cada uma delas. Em seu livro *Communication Theory as a Field* (Teoria da Comunicação como Campo), o autor faz um diagnóstico em que caracteriza o campo como demasiadamente variado, composto por

pesquisadores que trabalham isoladamente e que normalmente ignoram uns aos outros. Craig exemplifica com uma pesquisa realizada por J. A. Anderson em que foram identificadas 249 teorias diferentes em sete manuais bem referenciados.

Exceção feita a pequenos grupos, os teóricos da comunicação, aparentemente, nem concordam nem discordam muito sobre algo. Não há um cânone geral de uma teoria geral com o qual todos concordam. Não há objetivos comuns que os una, nem uma questão controversa que os divida. Em sua maioria, eles simplesmente se ignoram mutuamente. (CRAIG, 1999, apud SODRÉ, 2012, p. 119)

O mesmo autor constata que os pesquisadores da Comunicação não se referenciam uns aos outros, em certa medida, pela falta de consenso resultante da interdisciplinaridade que se tornou comum nas ciências sociais de uma maneira geral. No artigo denominado *A ilusão teórica no campo da Comunicação*, Martino (2008) faz um estudo comparativo dos autores publicados no Brasil nos dez anos que antecederam a sua pesquisa. Seu trabalho identificou uma coincidência de somente 23,25% a respeito dos modelos, teorias e autores considerados “teoria da Comunicação”. Felinto (2007 apud Martino, 2008) observa que “não existe unidade conceitual nas bibliografias que costumamos qualificar de ‘Comunicação’, e em cada território geográfico-cultural esses estudos assumem feições diferentes” (FELINTO, 2007 apud MARTINO, 2008, p. 47). Nesse sentido, a disciplina teria se transformado em um tipo de ponto de encontro para as variadas instâncias do saber, tomando emprestado para si, inclusive, conceitos de outros campos, bem como suas diversas metodologias de pesquisa. Martino (2008) faz menção a um estudo realizado nos Estados Unidos em que os pesquisadores Brynt e Miron (2004 apud MARTINO, 2008) identificaram, a partir de consistente base empírica, que boa parte das teorias da Comunicação utilizadas na pesquisa usam como referencial a Psicologia e a Sociologia, além de importantes contribuições do Direito e da Política. No entendimento de Martino (2008), para além do aspecto “positivo” da interdisciplinaridade, isso demonstra total indefinição epistemológica e, por consequência, a falta de precisão quanto ao objeto de estudo do campo. O mesmo raciocínio se observa na argumentação de Craig (1999 apud BOAVENTURA; VARÃO, 2016), o qual acredita que a convergência de tantos conhecimentos diferentes dificultou a definição da Comunicação como um campo coerente.

Embora exista formal e institucionalmente (academicamente), esse campo carece ainda de melhor definição sobre questões epistemológicas e de fundamentação teórica para esclarecer dúvidas elementares como por exemplo: como uma pesquisa em Comunicação deve ser conduzida? Conforme afirma Craig “mesmo que tenhamos produzido mais teoria, nós nos tornamos (coletivamente, se não individualmente) menos seguros do que exatamente estamos

fazendo ou deveríamos estar fazendo” (CRAIG, 1999 apud BOAVENTURA; VARÃO, 2016, p. 26).

França (2001) observa que um campo do conhecimento se constitui e se distingue fundamentalmente a partir do seu objeto próprio de estudo. No caso da Comunicação, não há clareza sobre qual seria esse objeto, o que provoca controvérsia e dissenso entre os estudiosos. O problema pode ser dividido em dois pontos de vista, conforme observa Martino (2008). Há uma corrente que pensa a Comunicação como um campo interdisciplinar sem objeto definido. Outros a entendem como processo comunicacional ou prática social, seja ela midiaticizada (pelos meios de comunicação) ou no âmbito das relações interpessoais. Vista como um campo diversificado e plural, a principal característica da Comunicação seria, justamente, não possuir um objeto definido e, desse modo, o que a distingue das outras disciplinas acadêmicas seria a sua multiplicidade e a falta de um “lugar próprio”. De outro lado, as tentativas de definir o objeto tendem a enquadrar o campo em postulações sobre os meios de comunicação/mídia (função, produção, mensagem e recepção); mas também existem os enquadramentos nas relações entre os seres humanos com abordagens psicológicas, sociológicas, antropológicas, etc.

No caso da comunicação midiática, trata-se de um objeto empírico com grande evidência na contemporaneidade, sobretudo, pela influência da tecnologia. França (2001) lembra que o seu destaque vem crescendo continuamente ao longo das décadas, sendo que a mídia assume um lugar cada vez mais central na sociedade em virtude do alcance dos meios digitais, da internet e do papel fundamental da informação. A autora segue argumentando que é ilusória a autonomia e precisão desse objeto empírico, uma vez que esses objetos do mundo não são estáticos, predefinidos e com suas regras próprias. O que realmente os definem são as formas de observá-los. Embora pareça objetiva e simples, a mídia é dividida em muitos aspectos, tais como: técnica, política, economia, cultura, consumo, etc. Essas dimensões não apenas formam o objeto, mas constroem maneiras particulares de observá-lo. Nessa linha de raciocínio, a autora levanta questões como: a análise eleitoral de um cientista político feita com base em determinados aspectos midiáticos é um estudo de Comunicação? Um economista que reflete sobre modelos econômicos se baseando na influência da publicidade está fazendo um estudo de Comunicação? Sua conclusão é que se trata de um objeto de estudo demasiadamente amplo e não é possível restringi-la a um objeto específico de uma área e nem definidor de um campo. Na verdade, deve ser vista como ponto central, uma característica marcante da sociedade contemporânea. Sendo assim, como diversas disciplinas exploram os meios de comunicação, esse objeto não define o lugar próprio de nenhuma delas.

Se, por um lado, podemos criticar a amplitude e falta de especificidade desse objeto, pode-se também fazer-lhe a crítica oposta: ao ater-se aos meios privilegiando-se a dimensão técnica e o papel do suporte, essa escolha, por outro lado, é restritiva. Fechar o objeto da Comunicação no campo das mídias é uma operação redutora, ao excluir as inúmeras práticas comunicativas que edificam e marcam a vida social – e não passam pelo terreno das mediações tecnológicas. (FRANÇA, 2001)

De outro lado, também existe um esforço teórico para enquadrar os processos de comunicação (produção e circulação de informações) como objeto. Este recorte é de igual modo bastante amplo, pois envolve a comunicação em seus aspectos social, biológico e físico. Isto é, trata-se das interações dos seres humanos de uma maneira geral e, portanto, não há como restringir esse objeto a uma área específica. Diante de tamanha amplitude e diversidade, é possível dizer que a Comunicação, enquanto campo, possui o seu próprio objeto empírico? Como dito anteriormente, França (2001) entende que “objetos de conhecimento” não são as próprias coisas do mundo, mas, sim, maneiras de conhecê-las ou formas de interpretá-las.

São essas perspectivas que dão o recorte, indicam a especificidade. Não importa o quão abundantes, espalhadas e permeadas em outras atividades sejam determinadas práticas que chamamos “comunicativas”. A especificidade vem do olhar, ou do viés, que permite vê-las e analisá-las enquanto comunicação, isto é, na sua natureza comunicativa. (FRANÇA, 2001)

Nesta direção, Martino (2004) pontua que a fragmentação e a diversidade do campo comunicacional não é impedimento para a formação de nenhuma área acadêmica. Em outros termos, a pluralidade não seria um problema insolúvel para uma disciplina se estabelecer no meio científico e conquistar sua autonomia. O autor propõe uma articulação dessa multiplicidade entre o objeto de estudo com a organização das diferentes teorias denominadas da Comunicação. Dessa maneira, o debate deve se concentrar no âmbito epistemológico, isto é, no estudo crítico das premissas, das conclusões e dos métodos das teorias e das práticas – e não se ater às análises sociológicas, que geralmente são citadas para justificar a fragmentação do campo, tais como os aspectos políticos e institucionais que impedem o estabelecimento de uma disciplina acadêmica.

Martino (2004) defende que a diversidade não deve ser um pressuposto para se definir de forma reducionista a Comunicação como uma disciplina de outra natureza, uma interdisciplina ou uma antidisciplina. Ao contrário, o autor entende que a Comunicação é uma disciplina, portanto, um campo do conhecimento científico. Mas, para entendê-la como tal é preciso separar algumas questões envolvidas nesta discussão. Uma delas é diferenciar objeto empírico de objeto do conhecimento. O primeiro é um aspecto da realidade, uma coisa que pode ser observada em sua prática. O segundo é o modo como o ser humano observa determinado

fenômeno, podendo se basear em diferentes olhares ou disciplinas, tais como a Psicologia, Sociologia, Antropologia, Sociologia Política, Comunicação, etc. Sendo assim, para estudar determinada coisa o pesquisador opta por uma perspectiva que o conduzirá na observação do seu objeto empírico, de modo que nem todo estudo sobre comunicação seria específico da disciplina Comunicação, que, por outro lado, não pode se arrogar a posse dos objetos relacionados aos processos comunicacionais, sejam eles midiáticos ou não.

O corolário disto é que nem toda “relação entre pessoas” é sociologia, tampouco qualquer estudo sobre “subjetividade” é psicologia e assim por diante, de modo que não basta ser classificado como um “processo de comunicação” no sentido empírico. Porque nenhum processo (enquanto parte do mundo) pertence necessariamente a tal ou tal disciplina. Somente objetos de estudo (e não objetos empíricos) têm esta propriedade, justamente porque são recortes, abordagens, que ligam realidades empíricas a uma teoria. Um objeto de estudo não é o real em si, mas uma construção relativa a uma dada disciplina científica. (MARTINO, 2010, p. 5)

Para esses autores que validam a existência da Comunicação como disciplina, a conclusão é que a forma de observar um fenômeno cria o recorte ou a especificidade de um objeto empírico, pouco importando a fragmentação ou a amplitude das práticas comunicativas. O que realmente faz diferença é a perspectiva, o olhar, o que permite ver esses fenômenos como comunicação, ou seja, a natureza comunicativa.

Não resta dúvida sobre a influência das outras disciplinas na formação da Comunicação e, portanto, a importância da interdisciplinaridade é ponto pacífico dentro do campo, pois se reconhece claramente que os estudos dessa área se basearam em aportes teóricos e métodos de outros campos. De acordo com França (2001), disciplinas são conhecimentos já consolidados, campos científicos bem estabelecidos e com tradição. De uma maneira simplificada, os estudos interdisciplinares podem ser compreendidos como o surgimento de novos temas ou campos que passaram a ser estudados com base nas disciplinas existentes.

Embora haja maior consenso quanto a essas confluências e hibridizações, a autora questiona se o aumento de pontos de vista, a partir da interdisciplinaridade, não estaria escondendo a falta de diálogo e de interseção das contribuições das disciplinas, causando inespecificidade do objeto. Ela mesma responde e acrescenta que:

Os avanços já alcançados ao longo do século XX, resultado da confluência de contribuições e do esforço analítico empreendido em torno das práticas comunicativas, nos indicam claramente as possibilidades do viés comunicacional. Os dois movimentos – os diálogos interdisciplinares e a construção do lugar próprio – não são incompatíveis, mas complementares. (FRANÇA, 2001)

Segundo os autores pesquisados, modelo ou paradigma comunicacional é outra questão essencial que precisa ser esclarecida para se compreender melhor a Comunicação enquanto

estatuto do conhecimento. França (2001) depreende que não se deve confundir teoria com paradigma. A primeira sistematiza os conhecimentos e reúne um conjunto organizado de ideias. O segundo é uma espécie de esquema organizador das teorias e serve, entre outras coisas, para definir as perguntas a serem respondidas. Por exemplo, quando se fala em indústria cultural, fluxo em duas etapas ou em estudos culturais não se trata de paradigma, mas de conceitos ou teorias que podem ser empregadas para se fazer determinada análise.

Mauro Wolf (2002) salienta que é comum nas pesquisas sobre Comunicação o emprego de teorias sociais bem construídas, porém, estruturadas em um modelo comunicacional reducionista e demasiadamente simples, que é o paradigma informacional. Esse é derivado da teoria matemática, elaborada pelos pesquisadores americanos Claude Shannon e Warren Weaver (1948) no intuito de melhorar a transferência de informações telegráficas de um aparelho para outro no período da Segunda Guerra Mundial. No paradigma informacional a comunicação é vista como um processo de transmissão de mensagens de um emissor para um receptor, buscando-se eliminar os ruídos, sendo o resultado desse processo a ocorrência de determinados efeitos. Transmissão e persuasão são os pontos principais do paradigma informacional, isto é, os efeitos ou consequências da mídia sobre a chamada massa. Sodré (2012) aponta que o modelo se tornou hegemônico nas pesquisas de Comunicação e tem sido a linha predominante na maior parte dos trabalhos reflexivos sobre o assunto.

Por outro lado, são também bastante conhecidas as críticas ao modelo informacional devido ao seu caráter de: linearidade (ênfata apenas o lado tecnológico, sem considerar aspectos afetivos, cognitivos, políticos, etc.); unidirecionalidade (somente uma via, sem possibilidade de inversão); bipolaridade (fechado em dois polos, desconsiderando outras vozes); instrumentalização da linguagem (esta é vista, simplesmente, como instrumento para o emissor atingir seus objetivos). Apesar de sua funcionalidade e operacionalidade, o modelo informacional é limitado, deixando claro ao longo do tempo que seria necessário criar outros paradigmas que pudessem alargar a compressão acerca dos processos comunicacionais. Um deles é o paradigma dialógico, que será tratado no próximo tópico deste capítulo juntamente com a explanação sobre Comunicação & Saúde (C&S), campo formado a partir da aproximação interdisciplinar.

2.2 COMUNICAÇÃO & SAÚDE

Até aqui foram trazidos alguns conceitos sobre o campo da Comunicação e se buscou abordar o debate existente em torno da sua formação, autonomia e estabilidade enquanto

disciplina. Discussão essa que envolve questões como o objeto do conhecimento específico da Comunicação e a interdisciplinaridade. Quanto à essa última, como já foi mencionado, não há dúvida que se trata de um fator determinante para o campo, pois foi a partir de aportes teóricos e metodológicos de outras disciplinas que a Comunicação se formou e continua a se formar, uma vez que este processo é contínuo. Prova disso é o surgimento de diversos campos interdisciplinares que se organizam por meio da confluência e diálogo, como é o caso da Comunicação & Saúde (C&S).

Antes de continuar a argumentação deste tópico é apropriado trazer algumas breves definições conceituais sobre saúde, a qual pode ser considerada fenômeno, função orgânica, estado vital individual ou situação social, que é definido negativamente como ausência de doenças e incapacidades ou positivamente como capacidades e atendimento às funcionalidades do organismo. Saúde pode ser compreendida ainda como medida, avaliação do estado físico e mental, indicadores demográficos, epidemiológicos e estatísticos de salubridade, estados epidêmicos ou pandêmicos, etc. Saúde é também campo e subcampo de saberes, tanto do conhecimento tradicional como do científico e acadêmico. É ainda prática institucionalmente regulada, operada no âmbito dos governos e nos mercados privados (ALMEIDA FILHO, 2011).

A bibliografia utilizada para fundamentar este tópico foi obtida, principalmente, por meio de pesquisas nos repositórios institucionais Arca (Fundação Oswaldo Cruz-Fiocruz), Biblioteca Virtual em Saúde (OPAS/OMS), Scielo (*Scientific Electronic Library Online*) e Google Acadêmico. Foi encontrado um vasto material ao se realizar buscas com as palavras comunicação e saúde e, além disso, as leituras dos materiais selecionados conduziram para outras referências. Os artigos, dissertações e livros foram selecionados levando em consideração a pertinência em relação aos temas centrais desta pesquisa.

Merece destaque a dissertação de mestrado intitulada *O Campo da Comunicação & Saúde no Brasil – Mapeamento dos Espaços de Discussão e Reflexão Acadêmica* (TORRES, 2012). Conforme o próprio subtítulo sugere, esse trabalho apresenta uma espécie de mapa para a compreensão e discussão da C&S como campo, pois traz o percurso histórico, os problemas, as mobilizações e as demandas sociais relacionadas à consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), que impulsionaram a formação da C&S no espaço acadêmico brasileiro. A pesquisa de Torres (2012) demonstra o crescimento do interesse e o aumento da produção teórica sobre o tema a partir de meados dos anos de 1990, principalmente, entre profissionais de Saúde e de Comunicação.

Araújo e Cardoso (2007) relembram que a relação entre comunicação e saúde é antiga, no entanto, a formação do campo C&S como conjunto de elementos articulados, nomeados e

reconhecidos é relativamente recente. Tudo começou com a crítica produzida por profissionais de saúde e instituições de ensino e pesquisa, que passaram a se articular em grupos e estratégias, como a Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), cursos de curta duração e pós-graduação, oficinas, congressos de Saúde e Comunicação, inclusão da temática nas Conferências Nacionais de Saúde (CNS), realização de pesquisas diagnósticas e, em seguida, o desenvolvimento metodológico. O esforço dos envolvidos era no sentido de fundamentar um campo que fizesse frente às mudanças ocasionadas pela descentralização e universalização dos serviços de saúde pública no Brasil a partir da Constituição Federal de 1988. A Universidade Metodista de São Paulo foi uma das pioneiras do campo ao trazer para a instituição a Cátedra Unesco de Comunicação para o Desenvolvimento Regional, responsável pela realização da Conferência Brasileira de Comunicação e Saúde. É neste contexto que cursos de pós-graduação *lato* e *stricto sensu* foram criados, gerando crescente interesse pela C&S em especializações, mestrados e doutorados (TORRES, 2012). O Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT/Fiocruz) é considerado pioneiro na oferta desses cursos e responsável pelo Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Informação e Comunicação em Saúde (PPGICS), criado e aprovado no ano de 2008.

Araújo e Cardoso (2007) pontuam que as Conferências Nacionais de Saúde são espaços que evidenciam os movimentos e a correlação de forças no campo da Saúde, além de serem um exemplo de como a comunicação pode ir além do seu aspecto instrumental. As CNS tiveram início no governo de Getúlio Vargas, em 1941, e, a princípio, eram apenas fóruns técnicos. A partir de 1980, o evento ganhou força e passou a envolver diversos segmentos sociais que se reúnem a cada quatro anos para propor e avaliar diretrizes para a política de saúde em suas três esferas: nacional, estadual e municipal. No Brasil, os Conselhos de Saúde e as Conferências são os mais importantes espaços de participação e controle social no âmbito da saúde.

Narvai (2022) lembra que a 8ª Conferência Nacional de Saúde (realizada no ano de 1986) e a campanha das Diretas Já foram acontecimentos considerados fundamentais para que o SUS viesse a se tornar realidade, portanto, a história de sua criação está profundamente ligada à luta pela democracia ou redemocratização no Brasil. O Golpe Militar ocorrido em 1964 enfraqueceu as instituições democráticas, restringiu direitos, ameaçou iniciativas de participação popular e precarizou os serviços de saúde pública e gratuita. No início dos anos 1980, a maior parte da assistência médica ambulatorial (consultas, exames, atendimentos de urgência e emergência limitados até 12 horas, etc.) era centralizada e financiada pelo Instituto de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), órgão criado em 1974 e ligado ao Ministério da Previdência e Assistência Social. Neste período, somente as pessoas registradas

no regime de Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) tinham direito a esses serviços de saúde. O Ministério da Saúde e as secretarias estaduais ofereciam assistência médica gratuita para um grupo limitado de brasileiros (composto por crianças, gestantes e pessoas com alguns tipos de doenças crônicas), além disso, cuidava do controle de epidemias, da educação sanitária e da vacinação (NARVAI, 2022, p.116).

A crescente insatisfação com a maneira como área da saúde vinha sendo conduzida estimulou a mobilização de movimentos sociais, profissionais de saúde, partidos políticos, militantes, líderes acadêmicos e políticos. Esta movimentação de forças se tornou conhecida como Reforma Sanitária, cuja aspiração era criar um sistema universal de saúde, municipalizar completamente o planejamento, organização e a execução de ações de saúde, financiar as ações com o orçamento fiscal e estimular a participação social a partir do nível local (NARVAI, 2022, p. 117).

O Brasil vivia um momento de efervescência política alimentada pela impopularidade dos governos militares em virtude da crise social, política e econômica em que o país se vira mergulhado. É neste contexto que o movimento das Diretas Já, que exigia o retorno do voto direto e do regime democrático, ganhou ressonância nacional e a Reforma Sanitária somou esforços para incluir na pauta de reivindicações a questão da saúde pública e a criação do SUS.

A ditadura militar cedeu após forte pressão popular, uma eleição indireta escolheu o presidente civil Tancredo Neves, substituído por seu vice, José Sarney, em virtude do falecimento de Neves antes de assumir o cargo. Uma Assembleia Nacional Constituinte (ANC) foi instalada no Congresso Nacional em janeiro de 1987, composta por deputados e senadores que tinham a missão de elaborar a nova Constituição Federal. Em 17 de maio de 1988, foi realizada a 267ª Sessão da ANC e nesse dia os constituintes decidiram criar o Sistema Único de Saúde. Sendo assim, “as Diretas Já foram o pai da Constituinte e a mãe do SUS” (NARVAI, 2022, p. 154). Esses acontecimentos históricos desembocaram no reordenamento ideológico e institucional, uma vez que os princípios da política de saúde e um novo sistema foram inaugurados no Brasil.

Trinta e cinco anos após a criação do SUS, os seus princípios fundantes de universalização, equidade, integralidade, descentralização e participação popular ainda são um ideário a ser perseguido continuamente. O sistema possui muitos problemas, especialmente no que diz respeito ao seu financiamento e má gestão dos recursos. Não obstante, o SUS representa um grande avanço para a saúde brasileira, principalmente para as camadas da sociedade com

piores condições socioeconômicas. Dados publicados pela Organização Mundial da Saúde¹ em 6 de abril de 2023 mostram que o Brasil registrou até esta data 37.258.663 casos confirmados de COVID-19 e 700.239 mortes pela doença, ficando atrás apenas dos EUA em óbitos e superando países mega populosos com Índia e China. Em termos de porcentagem, isso significa que o país possui até esse período 4,88% dos casos confirmados e 10,15% de mortes do mundo. Narvai (2021)², diz que a pandemia de COVID-19 evidenciou a importância de um sistema de saúde como o brasileiro e que o mundo reconhece que o SUS tem sido imprescindível no enfrentamento da pandemia, apesar de ser subutilizado em muitos municípios. O autor afirma ainda que haveria muito mais casos e mortes se não fosse pela atuação do SUS. Graças a esse sistema e apesar do governo Bolsonaro o Brasil não viveu uma tragédia ainda maior.

“Um campo só se constituiu enquanto tal por suas formulações e embates” (TORRES, 2012, p. 31). C&S é um conjunto bastante diversificado de práticas sociais sujeitas a muitas perspectivas teóricas e trocas discursivas, incluindo os saberes científico e popular através da interação de ambos. O campo nasceu com esse caráter porque os diversos atores envolvidos em sua formulação se viram diante do desafio advindo das mudanças propostas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), como a descentralização da gestão e a participação da sociedade. Este novo modelo de organização da saúde, expresso nos princípios do SUS, transformou-se em uma questão igualmente desafiadora: como articular as diferentes formas de participação e expressão cultural e política da sociedade e adequar os métodos de intervenção em saúde diante dessa nova perspectiva?

O desafio proporcionado pela mudança no modelo de saúde materializado no SUS trouxe a necessidade de se estabelecer novas formas de comunicação que se coadunassem com essas transformações, exigindo também uma inversão na visão positivista dos efeitos e do paradigma informacional, no qual a saúde tende a ser vista apenas como dados e os públicos como receptores. Essa comunicação instrumental é um conjunto de técnicas utilizadas para transmitir informações a serviço da saúde com vistas a persuadir as pessoas sobre algo legitimado por instituições e especialistas.

Para Araújo e Cardoso (2007) o modelo informacional no contexto da saúde pública provoca muitos problemas, uma vez que inibe a escuta e o diálogo, atribuindo o direito de fala apenas aos emissores, que neste caso são as instituições/profissionais de saúde e os meios de

¹ Organização Mundial da Saúde (OMS). Publicado em abr. 2023. Disponível em <https://covid19.who.int/>

² **Sus tem sua importância evidenciada na pandemia.** Publicado em maio 2021. Disponível em: jornal.usp.br/atualidades/sus-completa-33-anos-de-existencia-e-tem-sua-importancia-evidenciada-pela-pandemia/

comunicação. Apagar os “ruídos”, aqui, significa expulsar a diversidade, as diferenças e as várias vozes sociais que estão em qualquer situação. Além disso, a linearidade compromete a visão sobre o processo comunicacional em rede.

Os atores sociais envolvidos na formação da C&S se viram diante da necessidade de mudar o modelo hegemônico de comunicação e informação para outros que favorecessem a participação e o diálogo entre a sociedade, usuários do SUS, profissionais e gestores de saúde, Estado, profissionais de Comunicação, universidades, instituições, centros de pesquisa, etc. Em face desta demanda, a C&S passa a se desenvolver.

C&S vem se concretizando a partir de muitas frentes e o SUS se apresenta como uma dimensão desta articulação. Institucionalmente, o campo vem se materializando na vida social e se afirmando fortemente nas políticas públicas de saúde, através de campanhas educativas e de massa [...]. Mas também nas discussões acadêmicas, como nas próprias Fiocruz e Umesp, e grupos de pesquisa e de trabalho, em propostas de uma maior participação e mobilização das populações para a autogestão de suas possibilidades e interesses cidadãos. (TORRES, 2012, p. 32)

Esse campo “híbrido” abarca tanto os conceitos da Comunicação quanto os conhecimentos da Saúde, cuja abordagem conjunta explora as especificidades e potenciais de cada uma dessas ciências. Ambos se “inter-relacionam, interagem e convergem para um amplo campo interdisciplinar” (EMERICH *et al.*, 2016, p. 4), considerando o conceito de interdisciplinaridade trazido por Japiassu (1994), em que prevalece a ideia de cooperação e diálogo entre os campos, sem a sobreposição de um ao outro, havendo reciprocidade e contribuições mútuas.

Antes de prosseguir com a explanação sobre C&S, cabe esclarecer que informação não é sinônimo de comunicação. Em certo sentido pode se afirmar que a primeira é parte de um campo mais amplo, que é a segunda. Entretanto, informação possui múltiplos significados oriundos de diferentes disciplinas. Segundo Capurro e Hjørland (2007), a palavra informação tem raízes latinas (*informatio*), mas a origem do termo é grega. Na Idade Média, informar era relativo a dar forma à matéria ou a alguma substância (in-formar). Devido à grande influência da filosofia iluminista e do racionalismo moderno, especialmente de René Descartes (1596-1650), o conceito de informação passou a ser relacionado às ideias, que seriam as formas do pensamento, não sendo retratadas em algum lugar do cérebro, mas no sentido de que essas ideias informam o próprio espírito (mente) sobre algo. Portanto, o conceito de informação sofre uma transição da Idade Média para a modernidade, afastando-se da ideia de dar forma (formar) para comunicar alguma coisa a alguém.

Com o avanço das tecnologias, mais especificamente no contexto da cibernética, informação passou a ser associada a dados, documentos, *bits*, números, etc. Nesse sentido, o

termo não se restringe à comunicação do conhecimento humano, mas entre as máquinas também.

Uma das conclusões da obra *O Conceito de Informação*, de Capurro e Hjørland (2007), é que, para se abrandar as controvérsias sobre o sentido de informação, o mais importante é separar o significado do termo como objeto ou coisa (números de *bits*, documentos, dados, etc.) de informação como um conceito subjetivo, ou seja, como um signo que depende da interpretação de um agente cognitivo, sendo o significado determinado nos contextos social e cultural.

Retomando a questão do modelo comunicacional da C&S, uma das visões que fundamenta o campo é a concepção freiriana de dialogismo (FREIRE, 1983), que nivela os participantes da ação comunicativa como detentores de saberes e produtores de conhecimento. Isso equivale a dizer que, independentemente da posição (ou polo) em que esteja, o indivíduo ou grupo possui conhecimentos que não devem ser desconsiderados no processo comunicativo.

Embora esse pensamento tenha iluminado o caminho, a maneira como foi apropriado e posto como prática comunicativa revelou algumas limitações, como explicam Araújo e Cardoso (2007). A idealização de que os polos estão equiparados elimina a percepção do conflito, levando a crer que os lados estão alinhados quanto aos seus interesses em níveis particular e comunitário. Desconsideram-se outras vozes do processo, as relações de poder e como se deram as condições para a produção da prática comunicativa. As autoras analisam que o dialogismo freiriano conservou aspectos do modelo informacional, como a bipolaridade, linearidade e compatibilização de códigos, não somente linguísticos, mas também culturais. Apesar dos problemas encontrados no dialogismo de Paulo Freire, considera-se uma grande conquista para o campo da C&S a ideia de que todos os interlocutores envolvidos em um ato comunicativo possuem conhecimentos sobre o seu próprio desenvolvimento.

O modelo comunicacional do “fluxo em duas etapas” (*two-step flows*) é outra referência incorporada ao campo da C&S, especialmente por considerar relevante a figura do “líder de opinião” (ou mediador) no processo comunicativo. O modelo foi elaborado pelos cientistas políticos americanos Paul Lazarsfeld, Bernard Berelson e Hazel Gaudet no livro *The People's Choice*, publicado final da década de 1940. A obra se tornou importante no cenário dos estudos em Comunicação porque trouxe ao debate a influência e persuasão da mídia na dimensão dos relacionamentos interpessoais, percepção até então ignorada pelos estudos precedentes. O modelo enfatiza que existem instâncias intermediárias entre a fonte e o destino das mensagens e que esses mediadores exercem influência sobre a maneira como os receptores interpretam essas mensagens, reconhecendo também que as pessoas pertencem a grupos sociais e que eles

possuem as suas dinâmicas próprias. Essas ideias representaram uma superação às teorias anteriores que consideravam como certos os efeitos de uma mensagem se ela chegasse até a massa, além de se contrapor ao paradigma informacional no qual se acredita haver transferência direta entre emissor e receptor, considerando somente o código e ignorando qualquer contexto.

Araújo e Cardoso (2007) lembram que o campo da Saúde aproveitou esse potencial teórico e logo incorporou a figura do mediador em suas estratégias comunicativas em programas de atenção à saúde. Entretanto, a autora ressalta que importantes aspectos da teoria foram relegados ao segundo plano, por exemplo, os processos de produção de sentidos. No âmbito da saúde pública, a adoção do modelo do fluxo em duas etapas se limitou à inclusão de figuras como monitores, multiplicadores e agentes comunitários de saúde, que por sua vez passaram a ser aproveitados como “dispositivos mais eficientes de codificação das mensagens, um ‘tradutor’ autorizado do conhecimento científico para códigos mais facilmente reconhecíveis” (ARAÚJO; CARDOSO, 2007, p. 56). Desse modo, características do modelo hegemônico informacional foram preservadas na prática comunicacional da saúde, tais como a linearidade, unidirecionalidade e a concepção de língua como conjunto de códigos transferíveis.

Araújo e Cardoso (2007) apontam ainda que os estudos em Comunicação, realizados a partir da década de 1980, passaram a focar atenção na cultura e nas estratégias dos grupos sociais para se apropriar da comunicação institucional e midiática, o que levou os estudiosos a se empenharem mais no conhecimento desses grupos e seus contextos. A influência das novas tecnologias na perspectiva da chamada sociedade da informação e do conhecimento colocou luz na relação entre comunicação e poder. A produção social dos sentidos também começou a ganhar espaço nas reflexões por influência da teoria social dos discursos, inclusive no campo da Saúde.

Neste movimento em busca de novas abordagens teóricas, o conceito de polifonia foi revisitado e passou a ganhar força nas produções. A ideia elaborada originalmente nos anos 20 pelo filósofo e linguista russo Mikhail Bakhtin demorou algumas décadas para ser “descoberta”. O teórico defendeu que em cada fala, enunciado ou texto coexistem múltiplas vozes, sendo que a maior parte delas o sujeito que fala nem se dá conta da sua presença. Essas vozes são interesses e posições diferentes na estrutura social. Com isso, a linguagem se torna um verdadeiro palco de lutas sociais onde ocorrem negociações, perdas ou ganhos nas relações de poder. A articulação dessas vozes é chamada por Bakhtin (1992 apud ARAÚJO; CARDOSO, 2007) de dialogismo, mas não se pode confundir com o freiriano, o qual se baseia na interação e nos acordos. A diferença é que o dialogismo bakhtiniano destaca a divergência de interesses e os embates sociais que ocorrem por meio da linguagem, vista como se fosse uma força viva

responsável pela formação de sentidos e como um lugar onde se estabelecem as relações de poder.

Esse conceito de dialogismo sempre leva em conta as circunstâncias específicas do ato comunicativo (as condições em que se estabelece), aliando textos e contextos. Tal visão se contrapõe ao modelo informacional e dá ao processo de comunicação outra dinâmica, não sendo mais uma simples transmissão de informações prontas, mas um processo de produção de sentidos sociais. Nessa perspectiva, a linguagem (que antes era vista como um mero código) deixa de ser apenas instrumento do emissor para alcançar seus objetivos e passa a ser entendida como lugar de embates e negociações onde se constrói a realidade e ocorre a luta pelo poder simbólico, que Bourdieu (1989) definiu como “o poder de fazer ver e fazer crer”.

Embora não fosse o seu foco, Bakhtin utilizou a noção de discurso em suas proposições teóricas acerca do dialogismo. Araújo e Cardoso (2007, p. 58) trazem algumas breves definições de discurso: “conjunto de textos articulados na prática discursiva; espaços de construção de sentidos, portanto da realidade”.

No dialogismo bakhtiniano nenhum discurso começa no vácuo, sem outras vozes que o antecederam e sem causar consequências. Todo texto, fala, enunciado ou discurso é precedido de uma rede de significações, que faz parte das suas condições de produção.

Araújo e Cardoso (2007) exemplificam o processo comunicativo com a metáfora (inspirada em outras referências) de uma sala onde várias pessoas estão conversando. Ao chegar, o indivíduo vai ouvir até se situar sobre o que os outros estão falando e, em seguida, vai dar as suas contribuições no debate, concordando, discordando, provocando polêmica ou apresentando um novo ponto de vista. Feito isso, o indivíduo se retira, mas a sala vai continuar cheia, outras pessoas chegarão e a conversa não acaba. Depreende-se que antes do sujeito exprimir algo já existiam outras vozes naquele lugar oriundas de pessoas que possuem saberes distintos, os quais se entrelaçam aos de seus interlocutores para formar sentidos. O discurso e o ato comunicativo vistos desta maneira deslegitima a lógica do paradigma informacional em que o emissor simplesmente transfere mensagens para um receptor vazio.

Convém, aqui, diferenciar os termos significado e sentido. O primeiro relaciona palavra e objeto, depende da cultura, mas é estático, está posto e definido e não depende do contexto. Já o segundo está em constante mudança, depende do contexto, é negociável e se constrói no ato comunicativo.

C&S se fundamenta nestas ideias e pode se afirmar que o dialogismo é o paradigma comunicacional proposto pelo campo, embora se reconheça que o modelo informacional predomine na maioria dos espaços sociais, midiáticos e institucionais ligados à saúde pública.

É possível aferir que a escolha do modelo se baseia em um ideário, portanto, motivada pelo entendimento de que é possível mobilizar o próprio campo e a sociedade no sentido de consolidar a saúde pública em conformidade com os princípios do SUS de universalização, equidade, integralidade, descentralização e participação popular. Isso remete à noção de saúde como um direito social e, ao mesmo tempo, evoca a consciência sobre cidadania. Em C&S a prática comunicativa tem como pressupostos:

O direito à comunicação é indissociável do direito à saúde; a comunicação só pode ser assim chamada em sua plenitude quando concebida e aplicada como redistribuição do poder das pessoas se expressarem e serem levadas em consideração; e para tal é imperativo que os princípios do SUS estejam na base de sua reconfiguração. (ARAÚJO; CARDOSO, 2007, p. 61)

A Constituição Federal do Brasil de 1988 (Artigo 196) diz que “saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988). Em seu artigo 198, a CF também formaliza a criação do SUS e descreve os seus princípios doutrinários e organizativos. A Lei número 8.080, de setembro de 1990, regulamenta o funcionamento do SUS e dá outras providências.

A saúde como direito é o resultado das transformações do conceito de cidadania e da própria concepção de direito ao longo de pelo menos dois séculos. Arnaud e Capeller (2009) afirmam que o direito à saúde está estreitamente associado à “solidariedade estatal” (corresponsabilidade partilhada) e à mudança no sentido de cidadania. Assim como o direito de votar e ser votado, o direito à saúde foi reclamado pela sociedade civil e, aos poucos, foi sendo implementando por meio das leis e das políticas públicas para atender às demandas sociais. Progressivamente, os direitos subjetivos e abstratos do ser humano como indivíduo deram lugar aos direitos sociais. Na concepção atual, ser cidadão é ser reconhecido pelo Estado, que deve garantir os direitos de participação na vida política (votar, ser eleito, etc.), mas de igual modo deve assegurar os direitos fundamentais, entre eles o direito à saúde (BUZANELLO, 2008).

O direito à comunicação está expresso no Artigo 9º da Declaração Universal dos Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas (ONU):

Todo indivíduo tem direito à liberdade de opinião e de expressão, o que implica o direito de não ser inquietado pelas suas opiniões e o de procurar, receber e difundir, sem consideração de fronteiras, informações e ideias por qualquer meio de expressão. (ONU, 1948)

Esse trecho do documento denota um sentido de comunicação muito mais próximo da transmissão de informação pela via das relações interpessoais, o que se aproxima do modelo

informacional de comunicação. O Capítulo V da CF do Brasil é dedicado, especificamente, à Comunicação Social, com ênfase nas liberdades, estrutura e conteúdo dos meios de comunicação.

Conforme observa Urupá (2016), a concepção do direito à comunicação alinhada à simples transmissão de informações está sendo transformada para a visão de um direito capaz de promover a democratização do poder de comunicar. Já não se trata apenas de oferecer aos sujeitos as liberdades de informação e expressão como receptores ou de se expressar por qualquer meio. Trata-se agora “do direito de acesso do cidadão e de suas organizações coletivas aos meios de comunicação social na condição de emissores – produtores e difusores – de conteúdos” (URUPÁ, 2016, p. 103).

Para Araújo e Cardoso (2007), em C&S a comunicação não se separa da noção de direito, tendo como objetivo atender aos cidadãos para aperfeiçoamento do sistema público de saúde em todas as suas dimensões e a participação social na construção dessa possibilidade.

Uma vez que a fundamentação do campo C&S foi exposta, torna-se possível daqui em diante relacionar o aspecto teórico com a saúde digital, que se situa nesta pesquisa como objeto empírico e tema principal. Assim como ocorre com outras coisas que podem ser observadas, a SD é uma prática permeada por diversas áreas do conhecimento – como saúde e informática – portanto, tem caráter interdisciplinar. No entanto, SD é tomada nesta pesquisa com objeto empírico para ser estudado à luz dos conceitos e pressupostos do campo Comunicação & Saúde, cuja marca principal é o modelo dialógico de comunicação.

3 SAÚDE DIGITAL E A PANDEMIA DE COVID-19

Este capítulo apresenta alguns conceitos de saúde digital (SD) e discorre sobre como as Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) passaram a ser utilizadas para facilitar o acesso a informações e a serviços em saúde, especialmente no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir do início da pandemia de COVID-19. Descreve também de que maneira a Organização Mundial da Saúde (OMS) estimulou e impulsionou a adoção da SD como estratégia de enfrentamento aos efeitos da crise sanitária, seguida por instituições como o Ministério da Saúde do Brasil, principalmente no âmbito do SUS. Por fim, é abordada a maneira como a rede municipal de saúde de Palmas-TO respondeu aos desafios impostos pela pandemia por meio da utilização de ferramentas da saúde digital.

3.1 SAÚDE DIGITAL NA PERSPECTIVA INTERNACIONAL E NACIONAL

Espaço “real” e ciberespaço se misturam no mundo contemporâneo, tornando as pessoas cada vez mais conectadas às redes digitais e adeptas a processos nos quais a tecnologia se coloca como facilitadora para dar acesso a serviços e a direitos sociais, como saúde e comunicação. A interação entre ser humano e tecnologia está gerando um tipo de interface homem-máquina, o que leva artistas e teóricos da arte e da cultura a utilizarem o termo pós-humano para se referir às intensas transformações que a tecnologia e a comunicação estão provocando na humanidade, nos aspectos social, psíquico e antropológico (SANTAELLA, 2003).

A tecnologia não apenas penetra nos eventos, mas se tornou um evento que não deixa nada intocado. É um ingrediente sem o qual a cultura contemporânea – trabalho, arte, ciência e educação – na verdade toda a grama interações sociais, é indispensável. (ARONOWIZ, 1990 apud SANTAELLA, 2003, p. 22)

A Saúde não escapa a este fenômeno contemporâneo, ao contrário, talvez seja um dos campos científicos que mais se tem investido em tecnologia no intento de aprimorar exames, procedimentos cirúrgicos, acelerar atendimentos, aproximar os serviços de saúde dos usuários, melhorar os sistemas de informação, além das descobertas de novas vacinas e medicamentos. É neste contexto que organizações políticas, instituições, governos, gestores públicos, profissionais, empresas privadas e a sociedade civil começaram a dar mais atenção para o que se convencionou chamar de saúde digital, prática que se tornou possível graças ao avanço das Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC). De modo simplificado, SD pode ser

compreendida como o uso de recursos de TIC para ofertar serviços e informações seguras sobre o estado de saúde aos cidadãos, profissionais de saúde e gestores públicos.

Difícil imaginar algo na sociedade atual que não tenha sofrido os impactos diretos ou indiretos da pandemia de COVID-19 ou que tenha permanecido intocado ante a uma crise sanitária e humanitária de tamanha proporção. Se, por um lado, alguns ramos da indústria médica e farmacêutica experimentaram crescimento vertiginoso em função do aumento da demanda por equipamentos, produtos e medicamentos, por outro, diversas áreas econômicas e sociais precisaram se reinventar ou acelerar processos de trabalho para que trouxessem respostas rápidas à crise. *A priori*, a pandemia é um problema sanitário, porém, o desequilíbrio causado pela disseminação do vírus em escala global influenciou praticamente todas as dimensões da vida em sociedade, a ponto de, nos momentos mais críticos, ter-se a sensação de que o mundo havia parado.

No dia 5 de maio de 2023, a Organização Mundial da Saúde (OMS) anunciou que a COVID-19 não é mais uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), mais alto grau de alerta da organização, declarado para o surto do novo coronavírus em janeiro de 2020. No entanto, a pandemia ainda está em curso, uma vez que este status leva em conta outros critérios, entre eles: a doença se mantém em disseminação global; ainda afeta vários continentes e mantém um surto com transmissão sustentada (G1 GLOBO, 2023).

A pandemia é potencializada pelo “encurtamento” das distâncias em virtude dos ágeis transportes e pela diminuição (ou a sensação de diminuição) do espaço-tempo como resultado da velocidade em que as telecomunicações operam e fazem circular as informações em todos os cantos do mundo. Ao mesmo tempo, esse fenômeno mundial também aumenta a desigualdade e os abismos sociais, uma vez que as tecnologias não são amplamente oferecidas para as populações economicamente vulneráveis e que vivem em locais periféricos.

No que se refere ao campo da Saúde, Hira (2012) destaca que a evolução tecnológica e a ampliação do acesso à internet estão possibilitando a integração de informações e a colaboração de profissionais junto a diversas instituições de saúde distantes dos centros urbanos ou remotamente localizadas. Isto permite que se criem sistemas de registros de pacientes nacionais, transformando-se em “instrumento essencial para a gestão da qualidade da saúde, vigilância epidemiológica, pesquisa médica, medicina preventiva e na definição de políticas públicas” (HIRA, 2012).

Neste ambiente em que o rápido avanço tecnológico e a pandemia de COVID-19 coexistem, a saúde digital passou a ser utilizada como estratégia para que as unidades

assistenciais de saúde, profissionais da área e cidadãos compartilhem informações e recorram a serviços em busca de prevenção e atenção em saúde com mais eficiência e rapidez.

E-health (e-Saúde) e saúde digital são termos correlatos e se referem ao “campo emergente na interseção da informática médica, saúde pública e negócios, relativo a serviços de saúde e informações transmitidas através da internet e tecnologias relacionadas”. (EYSENBACH, 2001).

Hira (2012) pensa a saúde digital como integração e operação conjunta de vários sistemas de informação destinados à atenção e gestão de saúde, para promover a convergência de informação sobre os registros eletrônicos dos pacientes. Assim, os cuidados ao paciente são coordenados e integrados visando o seu bem-estar em três níveis de atenção: primária (atendimento preventivos e básicos), secundária (média complexidade com a orientação especializada) e terciária (atendimentos altamente especializados).

A Organização Mundial da Saúde (OMS)³ entende que as tecnologias digitais fazem parte da vida cotidiana, que a população mundial nunca esteve tão interconectada e que a inovação digital está se desenvolvendo em escala sem precedentes. Porém, a aplicação dessas tecnologias para melhorar a saúde das pessoas ainda está aquém do que pode representar em termos de soluções digitais em saúde.

A Estratégia Global de Saúde Digital 2020-2025 (EGSD20-25), elaborada por iniciativa da OMS, unifica no termo saúde digital todos os conceitos de aplicação das TIC em saúde, incluindo e-Saúde, telemedicina, telessaúde e saúde móvel. Na EGSD20-25, a saúde digital amplia o seu entendimento, o qual se caracteriza como área de conhecimento e prática, e passa a absorver os conceitos da utilização avançada da tecnologia, incluindo o uso de dispositivos móveis pessoais e de tecnologias emergentes. O termo saúde digital incorpora os recentes avanços da tecnologia, como aplicações de redes sociais, Internet das Coisas (IoT), Inteligência Artificial (IA), entre outros (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2021).

No ano de 2005, muito antes de se cogitar que o mundo viveria a pandemia de COVID-19, a OMS passou a recomendar que os Estados-Membros iniciassem a elaboração de um plano estratégico de longo prazo para conceber e implantar serviços de saúde digital com o objetivo de desenvolver infraestruturas para aplicar na saúde as TIC e promover o acesso universal, equitativo aos benefícios gerados por esta aplicação. Nos anos seguintes, a OMS organizou e

³ A Organização das Nações Unidas (ONU), entidade intergovernamental destinada à colaboração internacional, criou, em 1948, a Organização Mundial da Saúde (OMS) para, entre outras funções, ajudar os governos no fortalecimento dos serviços de saúde, fornecer informações e estimular trabalhos direcionados à erradicação de doenças.

padronizou conceitos e modelos de interoperabilidade da saúde digital no intuito de orientar os Estados-Membros no desenvolvimento de seus planos de ação. Mais de 120 países, entre eles o Brasil, adotaram medidas para desenvolver suas estratégias de ação em saúde digital (OMS, 2021).

Em 2019, a OMS iniciou um processo consultivo por meio de uma série de debates em fóruns públicos on-line, consultas técnicas, reuniões de comitês regionais para elaborar a Estratégia Global de Saúde Digital 2020-2025 (EGSD20-25). Após este processo de construção colaborativa que envolveu organizações e entidades ligadas às Nações Unidas, representantes da indústria, sociedade civil, instituições acadêmicas e de pesquisa e outros, a OMS elaborou e aprovou na Assembleia Mundial da Saúde, em 2020, a EGSD20-25 (OMS, 2021).

O documento apresenta uma espécie de roteiro para a aplicação dos mais recentes desenvolvimentos em inovação e saúde digital e como colocar essas ferramentas em ação para melhorar os resultados no campo da Saúde. A OMS ressalta a importância da elaboração do documento porque entende que a “saúde digital pode ajudar a tornar os sistemas de saúde mais eficientes e sustentáveis, permitindo-lhes prestar cuidados de boa qualidade, acessíveis e equitativos” (OMS, 2021).

No entanto, sabe-se que tais ideais são difíceis de serem alcançados, sobretudo em países de baixa e média renda e que apresentam amplas desigualdades sociais, como é o caso do Brasil. O propósito da EGSD20-25 é, portanto, apoiar os países na elaboração e fortalecimento de seus sistemas de saúde com foco na aplicação das tecnologias de saúde digital. Para tanto, foram estipulados quatro princípios orientadores com a finalidade de nortear uma estratégia mundial em direção à adoção adequada e sustentável das tecnologias de saúde digital no contexto das estratégias nacionais de saúde. Os quatro princípios são:

- 1) Reconhecer que a institucionalização da saúde digital, nos sistemas de saúde nacionais, requer que países adotem decisões e se comprometam: cada país é responsável por seu próprio plano de ação, criado a partir da estratégia e dentro do contexto nacional, levando em conta a soberania nacional e de forma a se adaptar à sua cultura e seus valores, sua política de saúde nacional, sua visão, seus objetivos, necessidades de saúde, bem-estar e seus recursos disponíveis;
- 2) Reconhecer que as iniciativas de saúde digital, para serem eficazes, precisam de uma estratégia integrada: para fazer jus ao seu potencial como facilitador dos sistemas de saúde, as iniciativas de saúde digital devem estar alinhadas com as necessidades sanitárias gerais, devendo ser guiadas por uma estratégia sólida que integre estruturas de governança e liderança, recursos financeiros, institucionais,

humanos e tecnológicos, com estimativas de custos e com a possibilidade de coordenação de múltiplos setores interessados;

- 3) Promover o uso adequado das tecnologias digitais para a saúde: o uso dessas tecnologias deve levar em conta a proteção dos dados das pessoas, das populações, dos profissionais e dos sistemas de atenção à saúde, fazendo frente contra a desinformação, atividades mal-intencionadas, fraudes, violação dos direitos humanos etc.;
- 4) Reconhecer a necessidade urgente de lidar os principais obstáculos que os países menos adiantados enfrentam para implantar as tecnologias de saúde digital: é urgente investir em medidas para superar os entraves que dificultam a interação e o acesso dos países no desenvolvimento das novas tecnologias de saúde digital, como recursos de várias ordens, infraestrutura de apoio, investimento em educação, capacitação profissional, investimento financeiro, conexão com a Internet, privacidade, segurança digital, adaptação e aplicação de padrões globais e fluxos de tecnologia (OMS, 2021).

A OMS estipulou também três objetivos principais em sua EGSD20-25:

- 1) Transformar dados, pesquisas e evidências mais recentes em ação: isso se traduz em promover padrões de interoperabilidade e compartilhamento de dados e apoiar a implementação de soluções digitais que contribuam na tomada de decisões;
- 2) Aprimorar o conhecimento por meio de comunidades científicas: virtualmente, a OMS reúne grupos de especialistas em tecnologias da informação e saúde digital (de diferentes tópicos ou temas);
- 3) Avaliar e vincular sistematicamente as necessidades do país com a oferta de inovações: isso significa adotar uma abordagem proativa para identificar, promover, co-desenvolver e dimensionar inovações baseadas nas necessidades de cada país (OMS, 2021).

Os princípios e objetivos difundidos pela OMS servem como referência para que os países se inspirem em tais preceitos e aproveitem o potencial oferecido pelas tecnologias digitais no intuito de incrementarem os seus serviços de saúde. Entretanto, é evidente que implementar a saúde digital se torna um desafio maior ou menor a depender da realidade dos territórios, os quais vivem realidades bem diferentes uns dos outros quando se trata de fatores estruturantes de áreas como a Saúde e Tecnologia. O Brasil está entre os países que precisam superar a maioria dos obstáculos apontados pela OMS como entraves ao uso das tecnologias na

saúde. Sem um investimento robusto e contínuo em educação, capacitação profissional, privacidade e segurança digital, os países menos desenvolvidos ficarão sempre mirando um horizonte ideal, mas inalcançável em termos pragmáticos.

A OMS é o principal organismo internacional voltado ao desenvolvimento da saúde em nível global. Seu empenho em consolidar as TIC como aliadas na promoção dos serviços de saúde indica a relevância que o tema possui. Embora se reconheça a distância entre os países desenvolvidos, em desenvolvimento e subdesenvolvidos em termos de acesso às tecnologias digitais, o esforço conjunto e integrado da OMS com as instituições responsáveis pela gestão da saúde funciona como uma espécie de força catalizadora de mudanças nas quais diversos atores sociais podem agir em busca da diminuição das desigualdades e do estabelecimento de políticas públicas capazes de tornar factíveis os ideais preconizados pela OMS, como a universalização e equidade da saúde.

Alinhado com as diretrizes e objetivos da OMS, o Ministério da Saúde do Brasil define saúde digital como o “uso de recursos de Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) para produzir e disponibilizar informações confiáveis sobre o estado de saúde para os cidadãos, profissionais de saúde e gestores públicos” (Ministério da Saúde, 2023).

O órgão federal elaborou a Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020-2028 (ESD28), cujo propósito é promover e sintetizar a revisão de outras iniciativas em andamento desde 2019 – Visão Estratégica e o Plano de Ação, Monitoramento e Avaliação de Saúde Digital (PAM&A 2019-2023). O MS diz que o documento dá continuidade às ações até então desenvolvidas, reafirmando as diretrizes, políticas, portarias, atos e iniciativas já aprovados no âmbito do SUS.

A ESD28 destaca características da saúde digital que considera essenciais para todos os países, inclusive para o Brasil:

- 1) As melhores estratégias de saúde digital são lideradas pelo poder público e são inclusivas, abertas e participativas;
- 2) Inovação, conhecimento e as melhores práticas desenvolvidas em quaisquer setores ligados à saúde devem ser testados, validados e colocados em prática com urgência;
- 3) O setor público não pode responder sozinho por pesquisas científicas, produção industrial, inovação e formação de recursos humanos para a saúde, tampouco para a saúde digital;
- 4) Saúde digital é uma área de conhecimento e de prática extremamente complexa em virtude da própria complexidade do campo da Saúde, mas também devido à

diversidade de atores e de interesses, escassez de recursos humanos e de lideranças capacitadas (MS; SECRETARIA EXECUTIVA; DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS, 2020).

A ESD28 apresenta também três eixos de ação que, de acordo com o MS, serão capazes de responder às necessidades de informação do SUS, incluindo ações de integração com a saúde suplementar (planos e seguros de saúde) e a saúde privada.

- 1) Eixo 01: ações do MS para o SUS – reconhece o Programa Conecte SUS e suas iniciativas como fundamentais para colocar em prática a visão da saúde digital. Dentre as ações propostas neste eixo se destacam: fortalecer as iniciativas da Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS) para levá-la a todos os estados e municípios; fortalecer o Programa de Apoio à Informatização e Qualificação dos Dados da Atenção Primária à Saúde (Informatiza APS) para que todas as unidades de saúde se conectem à RNDS;
- 2) Eixo 02: definição de diretrizes para colaboração – reconhece a necessidade de expandir a governança e os recursos organizacionais que darão sustentação à ESD28. Algumas ações propostas neste eixo são: definir a governança e os recursos organizacionais necessários para a colaboração; identificar as necessidades de recursos humanos para a saúde digital e provê-los; identificar as iniciativas inovadoras em andamento no Brasil, como startups, dados abertos, Big Data, Intelligence of Things (IoT), etc.;
- 3) Eixo 03: implantação do espaço de colaboração – este eixo visa implantar um espaço de colaboração conceitual, virtual, distribuído, lógico e físico para possibilitar a participação de todos os atores. São algumas ações previstas neste eixo: atrair os atores relevantes públicos e privados e implementar o espaço de colaboração intersetorial e inclusivo. A expectativa é que as ações do Eixo 03 consigam envolver atores como o Conselho Nacional de Saúde (CNS), Comissão Intergestores Tripartite (CIT), Secretarias Estaduais de Saúde (SES), Secretarias Municipais de Saúde (SMS) e outros (MS; SECRETARIA EXECUTIVA; DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS, 2020).

Desde o início da pandemia de COVID-19, o MS admitiu a necessidade imediata de se investir em tecnologia digital para facilitar o acesso à informação e aos serviços disponibilizados principalmente pelo SUS. “O cenário dinâmico e de grande risco à população exigiu respostas contundentes de todo o sistema de saúde e, em especial do SUS, para coordenar

as ações nacionais e orquestrar os esforços de estados e municípios” (Ministério da Saúde, 2023).

O Programa Conecte SUS, instituído pelo Ministério da Saúde em maio de 2020 e coordenado pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS/SE/MS), é a principal iniciativa da ESD28 e foi impulsionado para dar celeridade às ações de fortalecimento e combate à pandemia de COVID-19 em âmbito nacional. A plataforma possui três canais diferentes, com funcionalidades específicas para cada um dos públicos: Cidadão, Profissionais de Saúde e Gestão⁴. Ao clicar na opção Cidadão, o usuário é direcionado para o sistema Gov.br (que unifica os canais digitais do Governo Federal do Brasil), realiza o *login* e acessa a página principal, podendo consultar os dados da Carteira Nacional de Vacinação, resultados de exames, medicamentos recebidos, atendimentos e internações, entre outros.

O Conecte SUS Cidadão também disponibiliza o Certificado Nacional de Vacinação COVID-19, documento que comprova o recebimento de uma ou mais doses do imunizante ou a completude do ciclo vacinal contra a COVID-19. Esses dados são registrados pelos centros de vacinação ou Unidades Básicas de Saúde do SUS, enviados à Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS) e disponibilizados no Conecte SUS.

No final do ano de 2021, quando a vacinação estava relativamente avançada no Brasil, o certificado ou comprovante de vacinação passou a ser exigido em muitos municípios brasileiros como requisito para participar de eventos artísticos, adentrar em restaurantes, empresas, órgãos públicos, realizar provas em concursos públicos, entre outras situações. Por isso, o acesso ao certificado via internet se tornou mais conhecido pelos usuários.

No Conecte SUS Cidadão, o indivíduo também pode pesquisar a localização das unidades públicas de saúde mais próximas de onde ele se encontra, acessar os agendamentos realizados, obter informações sobre exames, medicamentos, doação de sangue, transplante de órgãos e outros assuntos, além de se conectar a aplicativos sobre saúde disponibilizados pelo Ministério da Saúde. A seguir, nas Figuras 1 a 5, são apresentadas algumas telas do Conecte SUS Cidadão, em sua versão para computador de mesa (PC) ou notebook.

Figura 1 - Conecte SUS: Página inicial

⁴ Disponíveis no endereço <http://conectesus.saude.gov.br>.



Fonte: Ministério da Saúde.

Figura 2 - Conecte SUS: Página Cidadão



Fonte: Ministério da Saúde.

Figura 3 - Conecte SUS: Vacinas e Certificado de Vacinação

Bem vindo, Cristiano

CRISTIANO ALVES VIANA

vacinas ajuda

Vacina COVID-19 PFIZER - COMIRNATY, RNAm

Reforço
01/07/2022
PFIZER

Vacina Covid-19 ASTRAZENECA/FIOCRUZ - COVISHIELD, recombinante

2ª Dose
09/07/2021
ASTRAZENECA/FIOCRUZ

1ª Dose
19/04/2021 See More
ASTRAZENECA/FIOCRUZ

Certificado de Vacinação COVID-19

Fonte: Ministério da Saúde.

Figura 4 - Conecte SUS: Exames

Bem vindo, Cristiano

CRISTIANO ALVES VIANA

Exames ajuda

Exames realizados

Novo coronavírus (2019-nCoV)	
Data	Resultado
10/03/2021 See More	detectável
Novo coronavírus (2019-nCoV)	
Data	Resultado
19/01/2021 See More	Não Detectável
Novo coronavírus (2019-nCoV)	
Data	Resultado
05/06/2020	Não Detectável

Fonte: Ministério da Saúde.

Figura 5 - Conecte SUS: Aplicativos

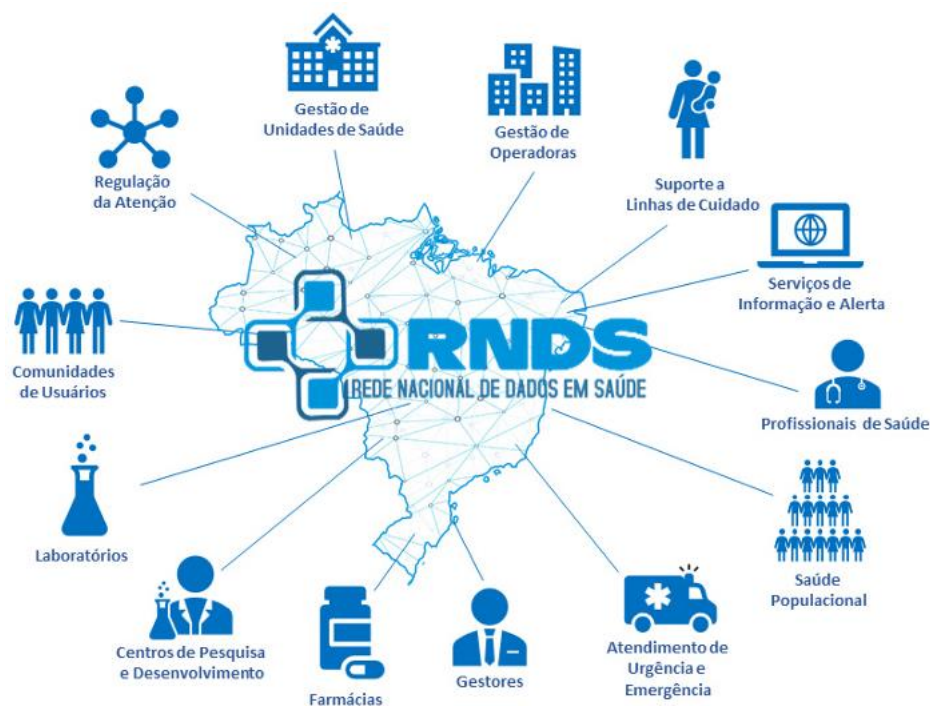


Fonte: Ministério da Saúde.

É pertinente destacar a função da Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS), mencionada anteriormente. Segundo o Ministério da Saúde, a RNDS assumiu o papel de repositório nacional de dados da COVID-19, buscando, atualmente, tornar possível que os estabelecimentos assistenciais de saúde, profissionais de saúde e cidadãos compartilhem informações para a prevenção e o atendimento com mais eficiência e qualidade. Trata-se de uma plataforma nacional de trocas de dados, mas, também, é um projeto que faz parte da estrutura do Conecte SUS. O objetivo da RNDS é promover a troca de informações entre as unidades assistenciais de saúde públicas e privadas. São alguns projetos do RNDS: recepção e integração de notificações de resultados de exames laboratoriais relacionados à COVID-19 e outras doenças, disseminação dos resultados dos exames aos cidadãos e profissionais de saúde, recepção, disseminação dos registros de vacinas administradas e emissão do Certificado Nacional de Vacinação COVID-19 (Ministério da Saúde, 2023).

A Figura 6 ilustra como a RNDS está interconectada, quais usuários, funcionalidade e serviços são integrados nesta plataforma, tais como gestão de unidades e de operadoras de saúde, laboratórios, comunidade de usuários, farmácias, centros de pesquisa e desenvolvimento, etc.

Figura 6 - Imagem esquemática da RNDS



Fonte: Ministério da Saúde.

A pesquisa intitulada *Saúde Digital em Tempos de Pandemia* (ALMEIDA *et al.*, 2021), realizada em Portugal, concluiu que a pressão provocada pela crise sanitária forçou os serviços de saúde naquele país a responderem de forma imediata aos desafios impostos, recorrendo aos meios digitais para se adaptar a uma nova realidade. O estudo de cunho quali-quantitativo analisou a utilização dos meios digitais na saúde antes e durante a pandemia, concluindo que 88,3% dos entrevistados consideraram importante a utilização dos meios digitais em saúde, o que já ocorria antes da pandemia, mas em uma porcentagem menor (72%). Quase toda a população portuguesa possui acesso à internet, cerca de 8,52 milhões de pessoas, facilitando o acesso à saúde digital, com adesão maior nas faixas etárias mais jovens, instruídas e com maior familiaridade com os recursos digitais. No entanto, 31% dos inquiridos na pesquisa disseram que têm dificuldade de acessar as plataformas digitais. A maioria (95%) respondeu que prefere o atendimento presencial pelos profissionais de saúde, mas, durante a pandemia, essa preferência diminuiu em 21%, devido ao risco de contágio.

A relação profissional-paciente melhora quando aspectos da relação presencial são transferidos para a relação virtual, sobretudo quando a comunicação verbal e não verbal inclui empatia, assertividade, clareza e positividade, fazendo com que o paciente se sinta mais acolhido. Houve um aumento significativo dos que, durante a pandemia, deixaram de se sentir acompanhados pelos profissionais de saúde, o que resultou também no aumento da percepção da solidão de 41% para 83%, assim como a diminuição do bem-estar que reduziu de 91,94%

para 64%. A pesquisa revelou a importância da saúde digital e que sua continuidade depende da confiança, credibilidade, proximidade, segurança dos dados e da relação estabelecida entre o profissional de saúde e os pacientes.

Portugal é bem diferente da realidade brasileira quando o assunto é conexão com a rede mundial de computadores. Embora o acesso à internet tenha aumentado nos últimos anos no Brasil, não se pode afirmar que o uso das tecnologias e da comunicação digital seja totalmente democratizado, principalmente quando se observa fatores como escolaridade, renda *per capita*, idade e região onde se localizam os domicílios.

A Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios – PNAD Contínua TIC (IBGE, 2021), divulgada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e que mede o acesso às TIC no país, demonstrou que de 2018 para 2019 o percentual de domicílios que utilizaram a internet evoluiu de 79,1% para 82,7%. Isso significa que no ano de 2018 cerca de 12,6 milhões de domicílios não tinham acesso por razões diferentes: por falta de interesse (32,9%), custo considerado alto (26,5%) e por não saber utilizar o serviço (25,7%). A renda *per capita* média dos domicílios com internet (R\$ 1.527,00) era o dobro da renda dos que não utilizavam (R\$ 728,00). Embora o percentual de acesso das pessoas com 60 anos acima tenha aumentado no período pesquisado, representava somente 45% da população. A posse de aparelho celular nesse mesmo grupo etário evoluiu de 64,1% para 67%. Na região Norte do Brasil, onde está localizada Palmas-TO, 69,2% da população utilizava a internet no período, o que demonstra uma ampla desigualdade no acesso à internet.

Outro aspecto que chama a atenção é que do total de estudantes sem internet, 95,9% frequentavam escolas públicas. Nas regiões Norte e Nordeste somente 68,4% e 77% (respectivamente) dos estudantes da rede pública tinham acesso à rede mundial de computadores. Isso explica o motivo pelo qual uma parcela significativa desses estudantes teve perdas de aprendizado durante o período da pandemia em que o ensino se tornou remoto em grande parte das escolas devido ao isolamento social exigido pela crise sanitária.

O estudo denominado *Os Desafios da Saúde Digital na Pandemia da COVID* (FIGUEIREDO *et al.*, 2022) identificou que as TIC mais evidenciadas, nacional e internacionalmente, como instrumentos para mitigar os impactos da COVID-19 são: telessaúde – integra ensino e serviço em saúde por meio de ferramentas tecnológicas; e telemedicina – atendimento médico remoto pré-clínico, suporte assistencial, consulta, monitoramento e diagnóstico. O estudo aponta também que, especificamente no território brasileiro, as principais ferramentas de TIC utilizadas no combate à pandemia são: Agenda on-line e-SUS APS, App Coronavírus, *chatbot* para esclarecimento de dúvidas, ecossistema tecnológico, *Call Center* 136

e via WhatsApp, telemedicina, telessaúde e softwares de autoavaliação, portal e site na internet, banco de dados e software de geolocalização. As principais dificuldades para aplicação dessas tecnologias no Brasil são a falta de investimento em recursos humanos e infraestrutura, indefinição dos padrões de informação das TIC em saúde, como no licenciamento e pagamento de provedores, protocolos de segurança e confidencialidade de dados dos pacientes. Isso releva que existem lacunas devido à falta de regulamentações que imponham limites nas etapas de coleta, organização, compartilhamento, processamento e utilização de dados privados.

O artigo *A Relevância de um Ecossistema Tecnológico no Enfrentamento à COVID-19 no Sistema Único de Saúde: o Caso do Rio Grande do Norte, Brasil* (VALENTIM *et al.*, 2021) demonstra como o ecossistema tecnológico desenvolvido naquele estado integrou diferentes sistemas de informação para fazer frente aos desafios impostos pela pandemia e como esse ecossistema se tornou a principal ferramenta utilizada no processo de tomada de decisões dos gestores públicos, em resposta à pandemia de COVID-19. O estudo aponta que o uso das TIC no âmbito do SUS fortaleceu a vigilância em saúde, ampliou a oferta e a racionalização dos serviços de saúde com o uso de recursos da saúde digital, integrou a vigilância epidemiológica e a atenção básica em saúde, contribuiu com a transparência de dados e informações sobre contas públicas, leitos de COVID-19, informações sobre o vírus Sars-CoV-2 e sobre a doença COVID-19.

Apesar de ser evidente que as populações mais pobres e residentes em regiões periféricas do Brasil e de suas cidades enfrentam limitações de acesso às TIC, a tecnologia passou a fazer parte do cotidiano das pessoas e, em consequência disso, a saúde digital se apresenta como um tema atual e com influência significativa na vida e na saúde dos indivíduos e das comunidades. A saúde digital ganhou espaço e relevância em nível global, nacional e regional, já que as estratégias foram pensadas de modo integrado. A pandemia de COVID-19 tornou claro como informação, comunicação e saúde são interligadas. São elementos que precisam interagir para que a prevenção, a promoção da saúde e os diversos serviços do SUS sejam oferecidos de forma eficiente e no tempo em que os usuários necessitam.

Pensando especificamente no contexto da saúde pública brasileira, a qual materializa no SUS suas políticas, estratégias e ações, podemos entender a saúde digital como uma vertente ou ramificação do campo da Comunicação & Saúde (C&S), uma vez que abarca os elementos comunicação, saúde e informação.

Conforme visto anteriormente, comunicação e saúde não se dissociam da noção de cidadania e direito, tendo como objetivo atender aos cidadãos para o aperfeiçoamento do sistema público de saúde no tocante à participação social e em todas as suas dimensões. Neste

sentido, Comunicação e Saúde são campos inseparáveis, estando o acesso à saúde diretamente relacionado ao acesso e prática da comunicação. Portanto, o direito à saúde só pode ser plenamente exercido pelos sujeitos individuais e coletivos se o direito à comunicação também lhes for assegurado. O mesmo raciocínio é válido para a saúde digital, a diferença é que a prática comunicacional e em saúde passa a ser realizada em um ambiente virtual, isto é, pelas tecnologias digitais e por meio da internet.

3.2 SAÚDE DIGITAL EM PALMAS-TO

O Tocantins é o mais novo estado da federação brasileira, criado com a promulgação da Constituição Federal de 1988, a partir da separação do estado de Goiás. A capital Palmas foi fundada em 20 de maio de 1989, após a criação da nova unidade federativa. A partir disso, o então governador José Wilson Siqueira Campos contratou um grupo de profissionais para a elaboração do projeto arquitetônico e urbanístico de construção da cidade, que foi feita por trabalhadores vindos do interior do Tocantins e de várias regiões do país. Com o avanço da sua construção, no dia 1º de janeiro de 1990, Palmas passou a ser a capital definitiva do Estado, o que só foi possível com a transferência da sede administrativa do então município de Taquarussu do Porto para Palmas. Com esta decisão, o antigo município passou a ser um distrito de Palmas e seu nome se tornou Taquaruçu (IBGE, 2021).

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2021) estima que a capital Palmas possui cerca de 313.349 habitantes. A cidade se destaca por apresentar uma formação multicultural e de diversidade étnica significativa.

A contribuição das regiões brasileiras na formação da população de Palmas, segundo dados do Censo Demográfico do IBGE para o ano de 2010, foi capitaneada pela própria Região Norte com 56,7% dos imigrantes. A Região Nordeste contribuiu com 21,5%, destacando-se o Estado do Maranhão. As demais regiões, Sudeste, Sul e Centro-Oeste, contribuíram, respectivamente, com, aproximadamente, 5,9%, 2,2% e 12,6%. Claramente se destaca a migração interna e, logo em seguida, a migração das regiões fronteiriças. Ainda segundo dados do IBGE, Palmas foi a capital com a maior taxa de crescimento anual da população (5,21%), muito em função da migração. (LIMA *et al.*, 2018 apud MIRANDA; SANTOS; VIANA, 2022, p. 175)

Palmas é composta por uma área com 2.219 km², rodeada pelas Serras do Carmo e de Lajeado, sendo que a cidade se mantém em uma planície entre as serras e o lago da Usina Hidrelétrica de Lajeado, formado pelas águas do rio Tocantins, que é o principal curso d'água fluvial que banha o município.

A capital planejada foi construída a partir de um projeto de plano diretor, mas o crescimento populacional em expansão e ações do governo estadual modificaram o projeto

original e isso fez surgir problemas. Para Bazzoli (2019), ocorreu uma forma de ocupação desordenada em Palmas, baseada em interesses imobiliários e políticos. Devido ao controle estatal, os lotes e demais espaços urbanos passaram a ser comercializadas e/ou distribuídas de maneira aleatória aos critérios técnicos.

Na mesma linha, Reis (2010) afirma que os grandes vazios urbanos ainda presentes na capital à espera de valorização imobiliária são reflexo do desenfreado processo de especulação imobiliária que a cidade vem passando desde o início de sua construção. Oliveira e Bessa (2015 apud MIRANDA; SANTOS; VIANA, 2022) avaliam que a expansão irregular da capital aconteceu da seguinte forma:

Pela ação do próprio governo estadual, ocorreu o desvirtuamento do projeto original, resultando na implantação parcial do que fora projetado, bem como na expansão da mancha urbana, com a formação de periferias, distantes da área central, permeadas por grandes vazios urbanos, quer dizer, por terras urbanas destinadas para fins de edificação, mas que permanecem vazias à espera de valorização. (OLIVEIRA; BESSA, 2015 apud MIRANDA; SANTOS; VIANA, 2022, p. 178)

Miranda, Santos e Viana (2022) pontuam que o espaço urbano fragmentado da capital constituído, de um lado, pela área coberta do plano diretor e, do outro lado, pela área em que foram formadas as periferias distantes da área central da cidade são um retrato atual da desigualdade social que expulsa a população pobre para as periferias.

Mesmo com as implicações da fragmentação do espaço urbano da capital aqui relatadas, no que se refere aos desafios da gestão dos municípios brasileiros em várias áreas como educação, saneamento e saúde, o ranking produzido pelo *Connected Smart Cities e Mobility* (2021) colocou Palmas em 39º lugar no indicador saúde no que diz respeito à oferta de leitos, profissionais qualificados, cobertura de atendimento, investimentos públicos no setor e mortalidade infantil. O Ranking *Connected Smart Cities* (2021) contemplou dados e informações de todos os municípios brasileiros com mais de 50 mil habitantes, totalizando 677 cidades. (MIRANDA; SANTOS; VIANA, 2022, p. 179)

De acordo com levantamento realizado junto à Secretaria Municipal de Saúde de Palmas (Semus), no ano de 2022, o SUS no município apresentou 100% de cobertura pela atenção básica, formada por 85 equipes de saúde da família, 34 unidades de saúde, 482 agentes comunitários de saúde, 75 equipes de saúde bucal, 85 agentes de combate às endemias (dedicados ao combate das arboviroses), 15 supervisores de área e 3 supervisores gerais vinculados à Unidade de Vigilância e Controle de Zoonoses (UVCZ). A rede municipal de saúde de Palmas é composta também pela Vigilância Sanitária Municipal, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), duas Unidades de Pronto Atendimento (UPA), dois centros de atenção em especialidades, Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), Centro de Referência em Fisioterapia da Região Sul

(Crefisul), Núcleo de Assistência Henfil (especializado em infecções sexualmente transmissíveis, Aids e hepatites virais) e a Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas (Fesp), destinada à pesquisa científica em Saúde, formação permanente dos servidores e responsável por programas de residência em diversas segmentos da área da Saúde.

Assim como aconteceu em outros lugares do Brasil e do mundo, a crise deflagrada pela pandemia obrigou os serviços de saúde de Palmas a dar respostas imediatas aos problemas sanitários e sociais causados pela disseminação do vírus de COVID-19. Em meados de 2020, logo no início da pandemia, uma das primeiras medidas adotadas pela Prefeitura de Palmas foi a criação do Centro de Operações em Emergência em Saúde (COE), uma espécie de comitê intersetorial responsável por desenvolver planos de ação para o enfrentamento da pandemia. A Semus Palmas e os outros órgãos de saúde do município ocuparam papéis de liderança no COE, coordenando o planejamento e a execução das ações propostas pelo grupo composto por representantes das áreas social, segurança, fiscalização de posturas, economia, etc.

Em 19 de março de 2020, o COE, a assessoria de comunicação da Prefeitura de Palmas e da Semus passaram a produzir e a divulgar diariamente junto à imprensa e nas mídias digitais o Boletim Epidemiológico Coronavírus (COVID-19), ocasião em que havia sido confirmado o primeiro caso de COVID-19 em Palmas, 45 casos em investigação e 12 casos descartados. O Boletim apresentava uma versão completa (em formato PDF) com informações detalhadas para o monitoramento local da pandemia e uma versão resumida para divulgação nas mídias digitais (Figura 7). Nas suas primeiras edições, o Boletim divulgou os canais de comunicação “App Coronavírus SUS” e “Disque Saúde 136”, desenvolvidos pelo Ministério da Saúde para que o público pudesse obter informação sobre o novo vírus e sobre a doença COVID-19.

Figura 7 - Boletim Epidemiológico Coronavírus de Palmas, Nº 01 (Versão Resumida)



Fonte: Prefeitura de Palmas/Semus

Em 8 de abril de 2020, a partir da Edição 21 do Boletim Coronavírus de Palmas (Figura 8), passou-se a divulgar os canais de atendimento disponibilizados pela Semus Palmas via Whatsapp e por telefone. Uma equipe composta por profissionais de saúde iniciou o atendimento por chat e por chamada telefônica no intuito de orientar a população, que, naquele momento, ainda se encontrava assustada em virtude da falta de informação sobre o novo vírus e suas consequências, situação agravada pela desinformação ou pela infodemia, isto é, grande fluxo de informação que se espalha rapidamente devido a um evento específico.

Figura 8 - Card de divulgação do *call center* Disque Zap Coronavírus Palmas



Fonte: Semus Palmas

Em abril de 2020, a Prefeitura de Palmas disponibilizou o portal Plantão Coronavírus (coronavirus.palmas.to.gov.br), com o objetivo de fortalecer o monitoramento e controle da pandemia em nível local, fornecer informações atualizadas e serviços de saúde à população. A plataforma foi idealizada e desenvolvida por profissionais ligados à Semus Palmas, Núcleo de Tecnologia em Saúde (NUT/Semus), Agência de Tecnologia da Informação do Município de Palmas (Agtec), com informações do COE. O portal inclui uma ferramenta de georreferenciamento com a localização de todos os casos confirmados de COVID-19 em Palmas, cujo objetivo é conhecer os movimentos de transmissão do vírus e, por conseguinte, ajudar na elaboração de estratégias de prevenção e controle da doença. O portal disponibiliza também os documentos produzidos pela Prefeitura de Palmas e pela Semus relacionados à pandemia, como Plano de Contingência COVID-19, Plano de Reestruturação da Atenção

Primária, protocolos, legislação, notas técnicas e outros. No decorrer do tempo, a plataforma foi sendo aprimorada e outras informações e serviços passaram a ser oferecidos aos usuários, tais como agendamento de testes e de vacinas contra a COVID-19 (REDAÇÃO SEMUS, 2020). A Figura 9 apresenta a tela da página inicial do portal Plantão Coronavírus.

Figura 9 - Página inicial do portal Plantão Coronavírus



Fonte: Semus Palmas

As primeiras pessoas a receberem as vacinas contra COVID-19 em Palmas-TO foram os profissionais de saúde que atuavam na chamada linha de frente de atendimento aos pacientes suspeitos ou com diagnóstico confirmado de COVID-19 e os idosos que viviam em asilos. Os

grupos prioritários foram definidos pelo Ministério da Saúde no Programa Nacional de Imunização, o qual foi executado pela Central Municipal de Vacinas de Palmas (Cemuv). A medida em que mais lotes de vacinas foram disponibilizados para a capital Palmas, os grupos também se ampliaram e a imunização da população avançou.

Em maio de 2021, a Prefeitura de Palmas, por meio da Secretaria Municipal da Saúde (Semus), lançou o sistema de agendamento via internet para vacinação contra a COVID-19 e integrou esta ferramenta ao portal Plantão Coronavírus, o que gerou facilidades para aqueles que possuíam acesso e domínio das ferramentas digitais (G1 Tocantins, 2021). Porém, é possível que pessoas menos familiarizadas com essas tecnologias tenham enfrentado obstáculos para acessarem o sistema de agendamento.

Esses entraves também passam por questões como acesso às tecnologias digitais (por smartphones e/ou outros dispositivos) e à conexão com a internet, além do conhecimento para operar esses equipamentos e os aplicativos ou sistemas de navegação. Os dados apresentados na Figura 10 demonstram um panorama numérico sobre as telecomunicações no Brasil e em Palmas-TO.

Figura 10 - Panorama das telecomunicações no Brasil

348,3 milhões de contratos de telecomunicações em Setembro/2022



Fonte: Agência Nacional de Telecomunicações (Anatel)

Como se pode observar nas informações disponibilizadas pela Agência Nacional de Telecomunicações (Anatel), o número de celulares no Brasil é de 259 milhões, sendo que (com base no percentual de relatórios de meses anteriores) deste total mais de 80% está conectada à internet via serviço de banda larga móvel (207,2 milhões). A densidade de telefonia móvel é o resultado da divisão entre o número de aparelhos pelo número de pessoas. No Brasil, são 104 aparelhos celulares para cada 100 habitantes. Além disso, somam-se 42,8 milhões de acessos (contratos) por meio de banda larga fixa. Esses dados divulgados pela Anatel são relativos ao mês de setembro de 2022.

Segundo o mesmo levantamento feito pela Anatel, o município de Palmas-TO possui 495,5 mil aparelhos celulares contratados (Figura 11). Tomando como referência o percentual de relatórios nacionais anteriores, seriam mais de 80% deste total com acesso à internet (396,4 mil). A densidade é de 151,6 aparelhos para cada 100 habitantes da capital do Tocantins. Já o total de contratos por banda larga fixa está em 99 mil.

Figura 11 - Panorama das telecomunicações em Palmas-TO

724,1 mil de contratos de telecomunicações em Setembro/2022



Fonte: Agência Nacional de Telecomunicações (Anatel)

O Brasil possui cerca de 215,380 milhões de habitantes segundo estimativas do IBGE (2021). Considerando as informações da Anatel, o país tem aproximadamente 207 milhões de celulares conectados à internet e 42,8 milhões de acessos por banda larga fixa. Já o município de Palmas tem em torno de 313.349 mil habitantes, conforme estimativas do IBGE (2021). De acordo com a Anatel, o número de aparelhos celulares com acesso à internet é estimado em 396,4 mil e o número de pontos de banda larga fixa totaliza 99 mil.

À primeira vista, os números impressionam e podem induzir à conclusão simplista que os habitantes do Brasil e de Palmas-TO estão totalmente inseridos no universo digital, amplamente cobertos pelos serviços de conexão com a internet, independentemente de fatores socioeconômicos. Entretanto, é preciso ponderar que existem indivíduos e/ou empresas que possuem mais de um aparelho celular e/ou mais de um ponto de banda larga fixa contratados, o que explicaria, em certa medida, a desigualdade ou a má distribuição de acesso aos meios digitais e à internet.

O Comitê Gestor da Internet no Brasil (CGI)⁵, por meio do Centro Regional de Estudos para o Desenvolvimento da Sociedade da Informação (Cetic), publicou em abril de 2022 a

⁵ O Comitê Gestor de Internet no Brasil (CGI) foi criado pelo Decreto Federal Nº 4.829 em setembro de 2003. A entidade é composta por representantes de órgãos do Governo Federal, organizações não-governamentais especializadas em internet, comunidade científica e sociedade civil. São algumas finalidades do CGI: promover estudos e recomendar procedimentos para a segurança da Internet, propor programas de pesquisa e desenvolvimento que permitam a manutenção do nível de qualidade técnica e inovação no uso da Internet.

quarta edição do *Painel TIC COVID-19 – Pesquisa online com Usuários de Internet do Brasil*. O objetivo desse levantamento foi obter informações sobre o uso da internet durante a pandemia de COVID-19, tendo como público-alvo usuários da rede mundial de computadores no Brasil com 16 anos ou mais. Foram entrevistados 5.552 indivíduos em todas as regiões do país, entre os dias 15 e 30 de julho de 2021. O estudo indica que no segundo ano da pandemia (2021) as Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC), especialmente a internet, ocuparam lugar de destaque no cotidiano de uma parcela considerável da população brasileira. Atividades on-line passaram a se intensificar com o início da crise sanitária (em meados de 2020) e se mantiveram ou até aumentaram no segundo ano, elevando a influência dos recursos digitais em diversas áreas da vida social, incluindo a saúde. O levantamento do CGI aponta que houve aumento em quase todos os estratos sociais na realização de serviços de saúde pública, como agendamento de consultas e vacinas, solicitação de medicamentos e outros serviços do SUS.

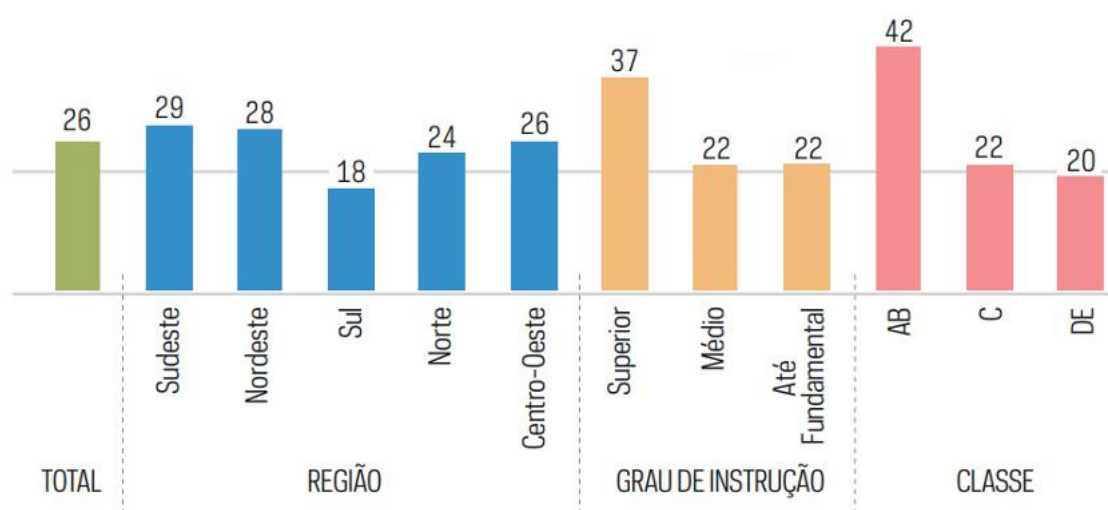
Cerca de um quarto ou 26% dos usuários de internet pesquisados utilizaram serviços de telessaúde, tais como agendamento ou visualização de resultados de exames. As consultas on-line ocorreram em maior número na rede pública, já os agendamentos de consultas, exames e a visualização dos mesmos se deram principalmente na rede privada. As consultas médicas ou com outro profissional de saúde foram realizadas em sua maioria (59%) por meio de aplicativos de mensagens instantâneas, WhatsApp ou Telegram. Enquanto que aplicativos de videochamada como Skype, Zoom e Google Meet foram utilizados por 31%, aplicativos da rede privada 34%, da rede pública 35% e outros aplicativos representaram 36%. As pessoas que não recorreram a esses serviços via internet alegaram, principalmente, preferência por atendimentos presenciais, falta de necessidade ou preocupação com a segurança dos seus dados pessoais.

Segundo a pesquisa, o aumento do fluxo de solicitações por informação e serviços via internet foi uma maneira de evitar aglomerações na busca por atendimentos presenciais em massa diante do risco de contaminação pela COVID-19 nas unidades de saúde. Isso elevou o número de usuários que passaram a recorrer aos serviços de telessaúde ou telemedicina.

Apesar do notório aumento das solicitações relacionadas à saúde digital, a pesquisa deixa clara a discrepância no acesso e no uso desses recursos tecnológicos ao se comparar os diferentes estratos sociais, resultando em impactos econômicos, educacionais e sanitários, especialmente para as camadas mais vulneráveis da sociedade. Como se viu, agendamentos de consultas e exames, assim como a realização desses procedimentos e a visualização dos resultados de exames cresceu em todos os estratos sociais investigados. Porém, os usuários de classes AB utilizaram esses serviços em proporção muito superior aos de classes C, D e E.

Nota-se também que pessoas com nível superior de escolaridade e moradores das regiões Sudeste, Centro-Oeste e Nordeste foram as que mais recorreram a consultas médicas ou com outros profissionais de saúde via internet. Isso demonstra que tal disparidade de acesso, uso e apropriação das TIC pode ser um fator que agrave ainda mais as desigualdades socioeconômicas existentes no Brasil. A Figura 12 demonstra como ocorreu a distribuição de serviços e atendimentos em saúde, considerando região geográfica, nível de escolaridade e classe social.

Figura 12 - Consulta médica ou com outro profissional de saúde (%)



Fonte: CGI e Centro Regional de Estudos para o Desenvolvimento da Sociedade da Informação (Cetic)

Conforme o gráfico acima, dos 26% de entrevistados que fizeram uso da internet para fins de saúde, predominaram consultas médicas e com outros profissionais de saúde entre os moradores das regiões Sudeste, Nordeste e Centro-Oeste, com maior ocorrência de pessoas com nível superior de ensino e pertencentes às classes AB.

Este pesquisador buscou dados sobre tecnologia digital e conectividade que refletissem mais precisamente a realidade em nível regional e local, no município de Palmas-TO. As tentativas de encontrar tais informações foram feitas via mensagem de texto ou por ligações telefônicas ao IBGE, Anatel, Agência de Tecnologia da Informação de Palmas (Agetec) e empresas privadas. Entretanto, representantes dessas instituições responderam que não há informações disponíveis que retratem o cenário local com exatidão.

Apesar disso, as pesquisas realizadas pelo CGI e pelo IBGE (PNAD TIC), mencionadas anteriormente, confirmam que o acesso às tecnologias digitais e à internet é desigual no Brasil, pesando fatores como renda *per capita*, escolaridade, localização geográfica e idade. Esses levantamentos demonstraram que uma parcela considerável da população, moradora de

localidades menos desenvolvidas, com menor grau de escolaridade e mais pobres tendem a apresentar maior número de indivíduos infoexcluídos.

O capítulo seguinte será dedicado a analisar como é a relação de um grupo de moradores do Residencial Parque da Praia (Palmas-TO) com a tecnologia digital e a sua percepção sobre saúde digital e direitos sociais, mais especificamente saúde e comunicação.

4 SAÚDE DIGITAL PARA UM GRUPO DE MORADORES DE PALMAS-TO PELO DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

Neste capítulo, procurou-se demonstrar e analisar os efeitos da saúde digital no cotidiano dos moradores do condomínio denominado Residencial Parque da Praia (RPP), situado no município de Palmas, capital do estado do Tocantins-Brasil. Também se buscou verificar em que medida os integrantes desse grupo social estão inseridos ou excluídos do mundo tecnológico e informacional e como essas pessoas foram alcançadas pelas estratégias de controle da pandemia de COVID-19 no âmbito do SUS. Para além disso, procurou-se observar, descrever e analisar a percepção dos moradores sobre o SUS e os direitos à comunicação e à saúde. Isso foi possível ao se captar a opinião deles por meio da utilização do método do Discurso do Sujeito do Coletivo (DSC), o qual objetiva apreender os modos de pensar de uma coletividade sobre determinado tema ou problema.

Conforme mencionado no Capítulo 1 (Metodologia), o grupo participante desta pesquisa foi escolhido em virtude do seu histórico de mobilização social e de luta pelo direito à moradia. Os habitantes do condomínio Residencial Parque da Praia foram beneficiados pelo programa do Governo Federal Minha Casa Minha Vida, denominado assim até o ano de 2020. O complexo habitacional é composto por 160 apartamentos, divididos em 10 blocos, com 16 unidades em cada um desses blocos (Figura 13). Estima-se que o condomínio tem capacidade para abrigar aproximadamente 640 pessoas, se definir como média o número de quatro moradores por unidade. O residencial é localizado em um território considerado periférico do município, embora, nos dias atuais, seja dotado de infraestrutura e esteja situado a menos de seis quilômetros do centro da cidade.

Figura 13 - Fotografias do Residencial Parque da Praia (Palmas-TO)



Fonte: Arquivo de moradores do RPP

O RPP é fruto de parceria entre o Governo do Tocantins, a Federação das Associações Comunitárias e de Moradores do Tocantins (Facomto) e do Governo Federal. A Facomto foi criada em 2009 e integra um comitê nacional de organizações não governamentais, as quais lutam em favor da regularização fundiária e da ocupação de áreas centrais e contra a expansão urbana socialmente desigual. A entidade liderou a movimentação que reivindicou a construção do condomínio Residencial Parque da Praia a partir de 2015. No ano seguinte, os participantes da mobilização conquistaram a aprovação do projeto de moradia junto ao Ministério das Cidades do Brasil, por meio do Fundo de Desenvolvimento Social (FDS). A construção do condomínio se concretizou no ano de 2018 e a Facomto continuou apoiando os moradores com ações que tinham como objetivo organizar a Associação dos Moradores do RPP, eleger a (o) síndica (o) e preparar os novos habitantes para a convivência comunitária em um condomínio fechado, com características horizontais e verticais. Quase quatro anos após a entrega dos apartamentos, o condomínio se mantém bem conservado e em pleno funcionamento, ficando patente entre os moradores um sentimento de pertencimento e o senso de coletividade, já que a conquista pela moradia foi resultado da união entre essas pessoas e do apoio dado por movimentos sociais pró-moradia.

Logo em seguida, serão reproduzidos e analisados os modos de pensar de uma parcela de moradores do Residencial Parque da Praia sobre saúde digital, SUS e direitos sociais, obtidos a partir de cinco questões que foram direcionadas aos participantes da pesquisa por meio da realização de entrevistas individuais.

Na pesquisa de campo foram entrevistadas 50 (cinquenta) pessoas, das quais 30 são do gênero feminino e 20 do gênero masculino. Buscou-se equilibrar a quantidade de pessoas levando em consideração a diversificação dos gêneros, porém as mulheres se mostraram um pouco mais receptivas e dispostas a participar da pesquisa. Além disso, não foram identificados gêneros não-binários, transgêneros e outros. A faixa etária dos entrevistados esteve compreendida entre 20 e 74 anos de idade. Quanto ao grau de escolaridade destaca-se: 48% possuem o nível médio de ensino, 20% o ensino fundamental, 12% têm nível superior e 10% são parcialmente ou totalmente iletrados.

4.1 OPINIÃO DOS MORADORES DO RPP PELO DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

Alinhadas aos objetivos e ao problema desta pesquisa, as questões respondidas pelos entrevistados foram gravadas em equipamento digital e, posteriormente, transcritas e analisadas. Cada questão gerou um número variado de DSC, sendo possível identificar

diferentes percepções e posicionamentos acerca dos temas propostos entre os membros do grupo social investigado.

4.1.1 QUESTÃO A – Hoje em Dia Tem Muita Informação Sobre Saúde, SUS, Vacinas, Exames e Doenças. Você se Acha uma Pessoa Informada sobre Saúde?

4.1.1.1 DSC A1 – Sim, pela Televisão e Jornais

A gente vê direto na televisão, fica sabendo o que tá acontecendo, passa direto questão de campanhas, principalmente vacinas. Fico sabendo de alguma coisa pelo noticiário. O pessoal tá sempre atualizando nos jornais, a gente sempre vê o pessoal falando de campanha em tal lugar. Fico sabendo o que passa no jornal, a não ser temas do meu interesse, como saúde mental, comportamento, esporte, academia.

A televisão e os telejornais foram lembrados por 14% dos entrevistados como o meio pelo qual se informam sobre os temas saúde, SUS, vacinas, exames e doenças.

Nesta opinião coletiva ficou evidente que os entrevistados não distinguem muito bem serviço em saúde e informação sobre saúde. Ao serem questionados sobre esses assuntos, houve uma tendência a discorrerem sobre o mau ou bom atendimento nas unidades de saúde, falta de profissionais, disponibilidade ou falta de medicamentos na rede pública, etc. Embora serviço em saúde e informação estejam relacionados de algum modo, são coisas bem distintas e, por isso, reiteradamente, procurou-se separar as respostas mais específicas sobre informação, vista aqui como um conceito subjetivo ou signo que depende da interpretação de um sujeito cognitivo e que o significado é determinado nos contextos social e cultural, conforme Capurro e Hjørland (2007).

Este DSC demonstra que a mídia televisiva – por intermédio da propaganda, de programas de entretenimento e dos telejornais – ocupa espaço significativo no cotidiano de uma parcela do grupo social investigado, sendo que esses canais de comunicação parecem ser os principais, senão os exclusivos, meios de se buscar a informação sobre saúde e temas relacionados. As palavras campanha e vacina ou campanha de vacinação foram bastante citadas neste DSC, possivelmente, pelo destaque que isso ganhou na televisão (e nas mídias em geral) durante a pandemia de COVID-19.

4.1.1.2 DSC A2 – Sim, pela Mídia Eletrônica

Sobre saúde, a informação tá na palma da mão. Através do celular tudo tá mais prático, basta a gente pesquisar, procurar os meios mais fáceis. Pelo SUS ou particular mesmo. Hoje tem o meio da tecnologia pra você estar pesquisando. Eu busco na internet informações relacionadas a medicamentos, pra que servem, tipo de doenças, sintomas, causas, tratamentos. Me informo pelo que vejo de propaganda na TV e na internet. Mexendo no Instagram, lá embaixo, aparecem um “avisozinhos” sobre a COVID, como tratar, como se prevenir. Meu pai é meio adoentado, quando passam um medicamento eu pesquiso quais são os benefícios e as contraindicações, efeito colateral que pode causar. Tem a bula também, mas a internet acaba se tornando mais fácil, mais prático.

Tem muito site que a gente pode estar buscando as informações. Tem nas redes sociais, a gente procura saber nos postinhos e também tem a agente de saúde que tá sempre no nosso setor falando de prevenção, essas coisas. Temos vários meios de comunicação, desde o Google até fontes de jornais. Busco estar me atualizando 24 horas por dia. Então, eu me considero informado, sim.

As mídias digitais ou eletrônicas também foram elencadas como principal meio para se buscar informações sobre saúde e demais temas presentes na primeira pergunta direcionada aos entrevistados. Neste depoimento coletivo, 16% dos entrevistados disseram que a internet, as redes sociais, sites variados, o buscador Google e outros canais estão presentes em suas rotinas quando desejam se informar sobre saúde e assuntos correlatos. Uma das vantagens apontadas pelos adeptos do uso da internet e das tecnologias digitais é a facilidade e a agilidade para se encontrar a informação desejada. Grande parte dos inqueridos declararam recorrer a pesquisas na internet para esclarecer dúvidas sobre medicamentos e tratamentos de doenças. Possivelmente, isso ocorre com mais frequência por causa da ideia geral que se tem sobre saúde na contemporaneidade, muito associada à materialidade das coisas passíveis de serem compradas para se alcançar um suposto estado de bem-estar ao se livrar da dor e dos processos patológicos do corpo e da mente pelo uso de medicamentos ou procedimentos médicos.

Para Marx (1989, apud LEFÈVRE, 1995), esse entendimento conduz à alienação na medida em que saúde deixa de ser compreendida como condição humana e natural e como direito, cedendo lugar para a compreensão de que só é possível acessá-la ou adquiri-la por meio do consumo de mercadorias, remédios, objetos ou até mesmo planos de saúde. Em suma, neste sentido o termo saúde é reduzido à medicalização.

As redes sociais, especialmente o Instagram e o WhatsApp, o buscador Google e as plataformas de vídeos foram mencionadas com frequência pelos entrevistados, sendo possível aferir que as informações sobre saúde chegam para este público na forma de propagandas ou conteúdos sobre saúde veiculados por empresas privadas e/ou instituições públicas. Sabe-se que buscas no Google sobre determinado assunto são, muitas vezes, sugeridas ou estimuladas por

alguma postagem vista nas redes sociais, que possibilita a construção de uma espécie de perfil do usuário a partir dos dados coletados pelos sistemas de informação que estão presentes nesses sites. A partir disso, os chamados “algoritmos” (comandos responsáveis por processar grandes volumes de informações) passam a criar e encaminhar recomendações personalizadas para esses usuários.

4.1.1.3 DSC A3 – Sim, com Busca Ativa de Informações

Eu assisto jornal e todas as informações que têm eu confiro com o celular. Quando eu preciso, entro no sistema do SUS e consigo obter as informações também. Por exemplo, agora na época da COVID teve que fazer o cadastro, tudo protocoladinho, a gente conseguiu tudo na “atualidade”, foi tudo correto. Tem todas as informações, aliás, pelo sistema SUS é tudo pela internet que eu faço: os exames, marcação, tudo pela internet. Quando a gente vai ao médico, a Prefeitura toma conta de informar a gente das consultas. Inclusive, neste momento eu estou tendo que fazer fisioterapia marcado pela Prefeitura.

Principalmente devido à essa coisa da COVID, além de ter acesso a programas televisivos, vídeos do YouTube, a gente procura se informar através da orientação dos profissionais da saúde. Eu vou onde eles estão, eu converso, eu já estive na Secretaria de Saúde. Vou nesses postinhos e converso, aí marcam um horário pra gente. Eu me considero informado, não com os critérios da medicina, mas tenho algumas informações como os cuidados que devemos ter, cuidados para procurar os médicos, fazer exames e consultas de rotina.

Nesta opinião coletiva é possível observar a busca ativa por informações sobre saúde e assuntos relacionados. Aqui, fica claro que há um interesse maior pelo tema, o que é demonstrado pela procura por informações nos diversos canais disponíveis, seja presencialmente nas unidades de saúde ou por meio da televisão, das redes sociais, sites de notícias, portais ou sistemas especializados do SUS, plataformas de vídeos, etc. Pode-se afirmar que este é um sujeito coletivo particularmente melhor informado sobre questões relativas à saúde de uma maneira geral. A prevenção em saúde é, possivelmente, um elemento que faz parte do cotidiano desse usuário, já que sua postura não se limita a procurar informações apenas quando precisa de um medicamento, por exemplo, ou quando está doente.

A conduta ativa na busca por informações sobre saúde dá a entender também que esse sujeito coletivo possui uma relação mais próxima com a rede de saúde do SUS, com as unidades situadas nas proximidades de suas casas e também com as instâncias de gestão e administração da área da Saúde em âmbito municipal.

4.1.1.4 DSC A4 – Sim, Procura se Atualizar

Sim, eu procuro atualizar sempre. Eu sou muito dos antigos, daqueles que vão de um remédio aqui, um remédio ali. Mas eu estou sempre me atualizando porque é preciso. Me informo por conta do meu emprego. Tem um Comitê de Saúde dentro da empresa onde trabalho, então o tempo todo estão mandando comunicado de tudo que está acontecendo sobre saúde, doenças novas, novas variantes (no caso da COVID), gripe. Eu entendo mais por conta do meu trabalho, que exige da gente a questão da saúde. No trabalho me informo mais pelo sistema e por reuniões.

Este discurso demonstra que o sujeito precisa se manter informado sobre o tema Saúde. Tal interesse em se atualizar pode ser gerado voluntariamente ou por uma demanda profissional, isto é, devido à rotina imposta pela organização onde se desenvolve as atividades laborais. Nota-se que a pandemia de COVID-19 promoveu mudanças importantes nos ambientes de trabalho com vistas a evitar a contaminação e o adoecimento de seus colaboradores. Muitos órgãos públicos e empresas privadas adotaram procedimentos de segurança para refrear o contágio, tais como o estímulo à higienização das mãos, uso de máscaras, sanitização dos ambientes e, principalmente, passaram a contribuir com a difusão de informações corretas e fidedignas sobre o vírus e a COVID-19, uma vez que isso pode ser considerado essencial para conter a pandemia.

4.1.1.5 DSC A5 – Sim, me Informo com Pessoas Próximas e no Postinho

Sou, porque eu vejo o povo contando, né, que eu estou sentindo isso, sentindo aquilo, que tal remédio é bom. Quando a gente tá precisando fazer alguma coisa na rua, tirar um documento, a gente pede informação e as pessoas dizem onde é, como tem que fazer. Na verdade, eu não tenho leitura, mas eu entendo que a gente tem que ficar por dentro. Eu me informo com as minhas amigas. Eu vou no postinho quando eu preciso, faço uma consulta, “especulo” o médico bastante, e aí eu fico sabendo de tudo. Eu vou no posto de saúde pra fazer o *check-up* a cada seis meses, aqueles exames de rotina que velhos fazem, de 20 anos pra cá que eu faço. Chega lá, tem aquelas palestras das enfermeiras, enfim, eu fico informado direitinho.

Este Discurso do Sujeito Coletivo é produzido por indivíduos entre 60 e 70 anos de idade, sendo que todos se declaram parcialmente ou totalmente iletrados, isto é, não conseguem ler e escrever porque nunca estudaram ou porque frequentaram a educação formal por tempo insuficiente. Certamente, a condição educacional influencia sensivelmente na maneira como o sujeito se relaciona com o mundo, o que inclui o modo como lida com as Tecnologias da Informação e Comunicação. A capacidade parcial ou incapacidade de realizar a leitura torna o sujeito, em certa medida, excluído do mundo digital e informacional, uma vez que a falta de compreensão da linguagem escrita impede a decodificação das mensagens e a absorção dos conteúdos, o que, obviamente, aplica-se a assuntos relacionados à saúde.

As transformações tecnológicas alcançaram este sujeito de modo menos intenso. O diálogo com a comunidade e o contato presencial com as unidades de saúde mantém sua importância e o lugar que ocupou, exclusivamente, em tempos passados, quando não havia outras formas de se informar ou de se comunicar. Amigos, vizinhos, familiares e profissionais de saúde são as fontes principais de informação e de troca de experiências acerca de saúde e assuntos relacionados para este sujeito, que parece ter um senso comunitário mais preservado.

4.1.1.6 DSC A6 – Sim, é Informada Sobre o SUS

Eu sou informada sim sobre do SUS. Por exemplo, chega o tempo de fazer os exames de mamografia, essas coisas, Outubro Rosa, né. Sou consciente do direito que a gente tem e, principalmente, a agilidade que tem lá nos postos de saúde. Também tenho direito a algumas cirurgias pelo SUS. Eu tenho certeza da capacidade que o SUS tem para oferecer o melhor. Pena que a gente sabe que esse melhor é desviado, infelizmente. A gente é informada sobre as vacinas, pra gente se vacinar da COVID, né. A gente fica informada de tudo.

Neste depoimento coletivo fica evidenciada a proximidade com o sistema público de saúde, além de ser explícita também a ideia de que o SUS é importante para essas pessoas no que diz respeito à busca por informação, prevenção, tratamentos, cirurgias, vacinas, etc. Por um lado, é notório o tom elogioso e positivo com que este discurso se refere ao SUS devido à sua capacidade de oferecer cuidados em saúde de forma ágil e gratuita, segundo o entendimento e a experiência dos depoentes. Por outro lado, fica patente também as críticas aos supostos desvios de verbas e à limitação que o sistema tem para oferecer uma melhor assistência à população.

Aqui, a saúde pública e o SUS são associados à palavra direito, isto é, o depoimento coletivo ressalta que este sujeito é consciente e informado sobre o dever que o Estado tem em oferecer uma gama de atendimentos e assistências em saúde por meio do SUS.

4.1.1.7 DSC A7 – Não Cem por Cento

Sim, mas não muito, não cem por cento. Só se for alguma doença, sintoma ou uma medicação, essas coisas básicas. Acho que a gente sempre precisa buscar um pouquinho mais. Na verdade, eu não sou muito de mexer com a tecnologia. Não sou muito informada sobre esse negócio de doença, saúde. É um assunto que, mesmo que seja da minha área, no momento não busco me atualizar. Sobre a COVID todo mundo sabe como foi, aquela tragédia toda, a gente teve que batalhar pra proteger nossos familiares. Em relação à saúde pública, principalmente, têm muitas informações que os funcionários poderiam prestar pra gente, informação interna. Porque é aquela história: educação, educar o público em relação à saúde, ao acesso à saúde, acesso aos procedimentos. Sinto falta disso no setor público. Então, eu não digo que seja tão

informada, mas eu digo que um pouco, o suficiente para que eu possa tomar as minhas decisões.

Há pouco interesse sobre saúde e temas relacionados por parte deste público, o que pode ser notado em afirmações como “é um assunto que, mesmo que seja da minha área, no momento não busco me atualizar”. Seja por falta de domínio das tecnologias digitais ou por não sentir necessidade em se manter melhor informado, este sujeito procura sanar suas dúvidas quando surge alguma doença ou sintomas que o mobilize a entender o que está se passando com o seu corpo ou mente e qual a medicação recomendada para resolver o problema.

Pode-se dizer que há neste público uma certa passividade no que diz respeito à busca por informações sobre saúde. De um lado, se reconhece a importância da saúde e, ao mesmo tempo, o pouco interesse pelo tema. De outro, almeja-se que os profissionais e os gestores da saúde pública sejam mais transparentes e atuantes na parte educativa.

4.1.1.8 DSC A8 – Há Informação, mas Não Há Atendimento

Realmente, hoje a informação chega com facilidade ao cidadão. Mas para qualquer entrevistado ou cidadão que você perguntar vai dizer: sei a doença, só não tenho acesso para o tratamento.

Não basta que o sujeito seja informado sobre saúde, mas é necessário que o cidadão seja acolhido e tenha o seu problema resolvido quando recorrer ao sistema de saúde pública. A crítica feita neste discurso consiste na afirmação de que a informação pode ser disponibilizada em diversos meios e chegar com facilidade e agilidade, principalmente, para aqueles que estão digitalmente incluídos. Não obstante, isso nada resolve se o paciente tiver o seu direito à assistência negado quando buscar por atendimento ou tratamento.

4.1.1.9 DSC A9 – No Momento Não

No momento eu não acho não. Por motivos que sejam, tem coisas que não são informadas diretamente. Às vezes podem ser burladas ou talvez estejam em teste e a pessoa não sabe; que nem a vacina da COVID, antes do presidente aprovar e trazer ela, o pessoal tanto queria, mas ela não tinha certificado da Anvisa. Também, a gente vai num postinho desse aí, mal atende a gente. Quando atende manda pra outro hospital maior que atende. Mas não dão explicação nenhuma. Porque se eu não for num posto de saúde não fico sabendo de nada, se tem uma vacina ou não tem. Liga no postinho, eles mandam ir lá. O que a gente pode fazer?

A falta de informação sobre saúde é atribuída basicamente ao poder público, o que decorre, segundo esta opinião coletiva, de “interesses políticos” dos governantes ou da ineficiência dos serviços prestados nas unidades de saúde. A visão aqui é que os gestores e servidores públicos da área não cumprem bem com a função de informar e, por isso, os usuários não acessam essas informações. Além disso, são apontadas falhas nos canais de atendimento por telefone, exigindo que as pessoas se desloquem até as unidades de saúde para se informar sobre algo.

4.1.2 QUESTÃO B – Você Costuma Usar a Internet na Sua Vida Diária? Fale Sobre Isso

4.1.2.1 DSC B1 – Sim, para Uso Geral e Frequente

Hoje, eu acho que se usa mais internet que televisão. Uso para o lazer, redes sociais, principalmente para comunicação com a família, para saber sobre o mundo, as notícias, a política. Utilizo para pesquisa rotineira mesmo, sobre serviço e outros assuntos, compra de bens como moto, carro ou até mesmo vestuário. Eu gosto muito de pesquisar. Às vezes vejo na televisão sobre algum assunto, aí eu vou lá na internet e já pesquiso. Eu procuro mais sobre a saúde e sempre estou pesquisando sobre política e religião. WhatsApp é o meio de comunicação que eu me encontro hoje, inclusive para as amigadas.

Pode-se notar que a internet é hoje uma ferramenta de trabalho e diversão que está integrada à sociedade. Também uso no trabalho e até quando estou estudando eu uso também. Uso pra verificar a minha conta na Caixa Econômica, saber o saldo, pagar uma conta, comunicar com as pessoas, com os amigos. Praticamente em tudo eu uso a internet, tudo que eu resolvo na minha vida é digital, agenda, questões pessoais, até formas de lazer. Pesquiso principalmente no Google, sem internet eu fico totalmente desinformada. Eu acompanho, sou usuária todo dia, toda hora. Então, a internet é meu acesso ao mundo. Hoje em dia eu não vivo sem a internet. A vida está na tecnologia.

Este Discurso do Sujeito Coletivo revela que a maioria dos indivíduos do grupo social entrevistado, mais precisamente 62%, declaram que a internet faz parte do seu dia a dia e que ela é imprescindível para a realização de uma série de tarefas em seus cotidianos, como trabalho, estudo, pesquisas em geral, comunicação interpessoal, entretenimento, compra de produtos e serviços bancários. Esta opinião ressalta também que sem a internet não seria possível para o sujeito se manter informado sobre as coisas do mundo que o cerca. Isso pode ser observado em afirmações como “eu não vivo sem a internet” ou “a vida está na tecnologia”.

Nesta parcela do grupo que se considera totalmente conectada e imersa no mundo digital, 87,1% estão na faixa etária entre 20 e 55 anos, o que significa a maioria. As pessoas com idades entre 60 e 74 anos representam 12,9% do total de indivíduos que se dizem totalmente dependentes da internet. Este dado relativo à população idosa indica que tem

aumentado o número de pessoas nesta faixa etária com acesso aos meios digitais e à internet, constatação corroborada pela Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios – PNAD Contínua TIC (IBGE, 2021), mencionada no Capítulo 3.

4.1.2.2 DSC B2 – Sim, Uso para Estudo, Trabalho e Comunicação

Uso para pesquisa sobre cursos, informação sobre algum concurso que tenha na cidade, sobre ensino também. Sou artesã e necessito de atualizações. A minha faculdade eu fiz um pouquinho presencial e um pouquinho a distância, aí eu terminei cem por cento EAD por conta da pandemia. Com relação a estudo, o que me tirou do sufoco foi a internet. Uso o dia todo, no celular e no computador, para trabalho e para estudo. Ultimamente estou usando mais pra estudar. Na minha área, o WhatsApp é fundamental. Eu trabalho em uma lanchonete e tenho um telefone corporativo e o link de um sistema que os clientes pedem por esse sistema. Também faço parte de uma igreja, de uma religião e, por isso, eu uso pra divulgar os cultos e as programações.

Segundo este depoimento coletivo, estudar, trabalhar e se comunicar são as ações mais praticadas por meio da internet. As ferramentas tecnológicas como computadores, laptops e celulares (conectados à internet) se tornaram indispensáveis para a realização de grande parte das atividades profissionais em diversas áreas de atuação. Aplicativos de troca de mensagens como WhatsApp são utilizados para comunicação no ambiente profissional, sistemas de informação facilitam a compra e venda de produtos, o gerenciamento dos fluxos de trabalho, armazenamento e análise de dados. Enfim, são numerosas as funcionalidades das tecnologias no âmbito do trabalho, com destaque para as TIC.

No campo educacional não é diferente, pois a informática e a internet são hoje as grandes aliadas dos estudantes, professores e instituições de ensino. A pandemia de COVID-19 e a necessidade do distanciamento social potencializaram ainda mais o uso da tecnologia para os estudos, uma vez que escolas públicas e privadas, universidades e instituições de pesquisa passaram a recorrer ao ambiente virtual para realizarem as suas atividades por meio de recursos como o Google Meet, Zoom Meeting e outros. A educação a distância (EAD) ganhou protagonismo desde que a pandemia iniciou e tem sido uma modalidade explorada por instituições de todos os graus de ensino, desde o infantil, fundamental, médio, superior até cursos de pós-graduação e preparatório para concursos públicos.

4.1.2.3 DSC B3 – Sim, para Redes Sociais e Comunicação

Uso bastante, muito mesmo, eu fico mais nas redes sociais. Uso para entretenimento e para me comunicar. No século, 21 é mais redes sociais, né. Notícia, ninguém mais liga a TV, vai ver no Instagram o que acontece ali. Fico nesse mundo, não é questão

de ser escravo, mas hoje, parece que é preciso estar nesse meio das redes sociais. Eu uso o Zap, o Facebook e o Instagram. Eu pesquiso no YouTube, mas não sou muito de mexer no celular não.

As redes sociais são os principais meios de acesso à informação para este estrato do grupo social estudado, seja para se informar com notícias, entreter-se ou se comunicar. Recursos como WhatsApp, Instagram e Facebook são utilizadas para compartilhar fotos, vídeos, textos, mensagens de áudio e outros tipos de conteúdo. A plataforma de vídeos YouTube também é lembrada por facilitar pesquisas em diversos assuntos.

O relatório *Digital 2022: Global Overview Report*, realizado e publicado pelo site Datareportal, em parceria com as empresas HootSuite e We Are Social (WE ARE SOCIAL; HOOTSUITE, 2022), especializadas em marketing digital, apontou que as dez redes sociais mais utilizadas no Brasil são: WhatsApp (165 milhões de usuários), sendo os principais motivos para o seu uso informações (82%), suporte técnico (68%) e aquisição de produtos (57%); YouTube (138 milhões); Instagram (119,5 milhões); Facebook (116 milhões); TikTok (74,07 milhões com 18 anos ou mais); Messenger (65,5 milhões); LinkedIn (52 milhões); Pinterest (27 milhões); Twitter (19,05 milhões); e Snapchat (8,25 milhões).

O mesmo relatório diz que o usuário global “típico” fica cerca de sete horas por dia conectado à internet em todos os dispositivos. O Brasil está acima da média mundial e aparece entre os três países que passam mais tempo on-line, 10 horas e 19 minutos por dia, atrás apenas das Filipinas e da África do Sul. Estima-se que os brasileiros ficam aproximadamente 3 horas e 30 minutos por dia ligados nos sites ou aplicativos de redes sociais (WE ARE SOCIAL; HOOTSUITE, 2022).

4.1.2.4 DSC B4 – Quase Não Uso ou Não Uso a Internet

Eu uso o aparelho celular para fazer chamada de vídeo, para falar com alguns conhecidos pelo WhatsApp, só isso que eu faço. Eu tenho internet, só que eu quase não uso. Eu tenho e sei do seu significado, só não tenho o hábito da internet. A minha internet é aqui do vizinho, eu ajudo a pagar, mas o meu uso é só pra mexer no WhatsApp, porque eu não sei mexer nessas outras coisas. Se alguém liga pra mim pelo WhatsApp eu atendo, quando eu quero falar com as minhas “meninas” eu mando pelo WhatsApp. Meu pessoal mora no Maranhão, espalhado por aí, então eu ligo o Wi-Fi e faço chamada de áudio e de vídeo. O que é do jornalismo eu até dou conta, mas outra coisa eu peço alguém pra me ajudar. Não entendo quase nada. O celular eu uso o dia todo, mas ele não pega internet, é só pré-pago. Ligo para um, recebo ligação. Uso celular só para fazer ligação. Eu não tenho internet.

As vozes que compõem esta opinião coletiva são de indivíduos que possuem acima de 60 anos de idade, os quais se declaram parcialmente ou totalmente iletrados. A dificuldade em

ler ou a completa falta de domínio da linguagem escrita se torna um obstáculo também para o manuseio dos dispositivos digitais e para o uso da internet.

O WhatsApp é um aplicativo bastante versátil e oferece a este público a possibilidade de se comunicar via chamada ou por gravações em áudio e vídeo, além de permitir a participação em grupos familiares, comunitários, de trabalho ou para entretenimento por meio da visualização de vídeos com conteúdo variado. Entretanto, para algumas pessoas a dificuldade em entender e operar os dispositivos e aplicativos resulta no completo desinteresse em acessar à internet.

4.1.3 QUESTÃO C – Você Acessa à Internet para Obter Informações sobre Saúde ou Solicitar Serviços? Comente a sua Resposta

4.1.3.1 DSC C1 – Não, Só Presencialmente

Eu me dirijo ou à Secretaria de Saúde ou ao postinho, me dirijo aos locais. Infelizmente aqui funciona mais assim. Mesmo que você tenha esses meios de solicitação, quando você vai usar eles não funcionam. Na internet não faço nada pra saúde não. Eu sei o que é internet porque eu vejo os outros usando, mas nunca usei. Vou diretamente ao local ou falo com o agente de saúde quando eu preciso de algo. Quando eu preciso fazer alguma coisa, estou sentindo alguma coisa, eu tenho colesterol alto, aí eu vou lá e consulto, eles veem como está meu colesterol, consulto pra pedir a receita para o remédio que eu tomo.

Eu vou onde estão eles, eu dando conta, pego minha bicicletinha e vou, converso, faço exame. Pelo celular não. O recurso que a gente tem aqui é postinho, e tem vezes que nem atendem telefone, a gente tem quer ir lá pessoalmente. Pra nós só se tivesse uma tecnologia no postinho pra nos atender. Eu uso outras maneiras, vou na farmácia, vou no médico, vou revirando outras coisas, na internet não costumo usar não.

Vinte e dois por cento (22%) do grupo entrevistado optam por se informar presencialmente com os profissionais que atuam nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou na Secretaria Municipal da Saúde de Palmas. É perceptível a desconfiança ou a falta de familiaridade deste sujeito coletivo quanto ao atendimento prestado pelos órgãos de saúde por meio dos recursos digitais e da internet.

Outro fator que influencia esta tendência em buscar informações e serviços de saúde presencialmente é a dificuldade parcial ou a total falta de domínio dos dispositivos digitais, aplicativos, sites e da internet. Portanto, não faz parte do cotidiano dessas pessoas recorrer à tecnologia quando se trata de saúde e a referência para esse assunto continua sendo exclusivamente a farmácia, o postinho, o(a) enfermeiro(a), o(a) médico(a), assistente social e os demais profissionais que atuam nessas locais.

4.1.3.2 DSC C2 – Só Pesquiso sobre Medicamentos e Tratamentos

O ser humano em si é curioso. Aparece uma mancha na gente, ao invés de ir no SUS a gente pesquisa sobre isso aí, tenta saber o que é. Às vezes eu quero saber sobre alguma medicação ou algum remédio pra tomar, aí eu faço pesquisa. Informação sobre medicamentos sim, até porque quando você vai tomar medicamento você pesquisa lá a fórmula pra ver se você não é alérgica. Todo medicamento que eu vou tomar, eu pesquiso porque sou alérgica à Dipirona. Principalmente agora, eu ando pesquisando sobre saúde. Eu estou com um problema no joelho, fico pesquisando pra saber o que é melhor, procurando um tratamento melhor. E até o momento, tudo que eu estou fazendo após o médico e “pós-fisioterapia” é pesquisando na internet.

Neste discurso coletivo a internet é destacada como importante fonte de acesso à informação sobre medicamentos e tratamentos, o que indica que pode haver neste estrato do grupo uma tendência para a automedicação ou para o uso de terapias baseadas no conhecimento tradicional, como fitoterapia e plantas medicinais, por exemplo.

A partir desta opinião coletiva é possível dizer também que os indivíduos têm uma postura curiosa em relação ao consumo de medicamentos. As prescrições médicas são checadas e confrontadas com outras fontes de informação obtidas na internet. O médico, o farmacêutico e os profissionais de saúde em geral deixaram de possuir a palavra final e indiscutível sobre determinado tratamento ou medicamento, o que pode ter o seu lado positivo e negativo para a relação entre esses profissionais e os pacientes, conforme apontam estudos sobre o problema. O artigo intitulado *A Internet como Fonte de Informação em Saúde de Pacientes* (Rodrigues *et al.*, 2016) demonstra, a partir da revisão bibliográfica de outros 20 trabalhos sobre o tema, que o perfil das pessoas que buscam se informar sobre saúde na internet é composto, principalmente, por jovens adultos, mulheres, pessoas com maior grau de escolaridade, com trabalho remunerado, bom estado de saúde, mas que demonstram ser suscetíveis à ansiedade. Os principais motivos que levam essas pessoas a buscar informação na internet são a facilidade para acessar os conteúdos e a busca por apoio e esclarecimentos. A pesquisa aponta que os pacientes passam a se sentir mais autoconfiantes e autônomos sobre saúde, mas se tornam propensos à automedicação e a não aderirem ao tratamento proposto pelo médico. O estudo conclui que existem pontos positivos e negativos no uso da internet para se buscar respostas sobre saúde e que isso aumenta a responsabilidade dos profissionais da área, que precisam orientar melhor os pacientes quanto ao uso da internet.

4.1.3.3 DSC C3 – Sim, Pesquisa Ativamente e Solicito Serviços

Gosto de pesquisar esses assuntos na internet, também acesso a ouvidoria. Na época da vacina eu cheguei a pesquisar onde tinham os postinhos que poderiam ter. Tinha aquele site específico pra informação. Eu pesquisei até há pouco tempo quantos casos tinham de morte de COVID. Uso a internet através de aplicativos de saúde pela UNIMED e pelo SUS. A gente pesquisa qual é o postinho mais próximo que pode marcar uma consulta ou outro tipo de atendimento. Eu costumo fazer muitas pesquisas, quando eu sinto dores, como por exemplo, câimbras (que eu tenho muito), eu vou no Google e pesquiso sobre saúde.

Para serviços também, pra marcar consultas, ligo pelo WhatsApp, acesso os números e ligo. Acesso à internet, só que tem a televisão em casa também. Vou dar um exemplo, agora é o mês do homem, né. As vacinas sim, a gente usa a internet, as da COVID todas foram pela internet. Uso a internet pra tudo, inclusive sobre saúde. Marco exame, marco passagem, marco tudo. Por exemplo, a COVID, eu fui contaminada duas vezes e eu procurarei sempre estar pesquisando pra saber como eu ia lidar com a COVID.

O pessoal manda as cartilhas no e-mail e comunicados internos, então acredito que me informo sobre saúde sim. Como a gente tem plano de saúde, solicito via WhatsApp as consultas e exames. Depois desse negócio da pandemia mudou muita coisa, às vezes a gente consegue só com a foto do exame no celular. Eles pedem, a gente manda e consegue marcar e tudo. Se um médico passa um remédio, se eu tenho dúvida, eu vou lá verificar pra quê aquele remédio serve. Hoje eu tenho plano de saúde, é tudo por aplicativo, tanto a carteirinha, autorização, assinatura de termos, consultas, exames.

Vinte dois por cento (22%) dos entrevistados se declaram ativos na busca por informações sobre saúde em geral e, também, na solicitação de serviços de saúde pela internet. Interessante destacar que na questão anterior mais de 62% do grupo disseram usar a internet ativa e frequentemente, mas quando se trata de informações e serviços em saúde o percentual é bem menor.

O grupo que afirma pesquisar ativamente sobre saúde recorre a diversos meios contidos na internet, como portais do SUS, pela televisão ou por intermédio de profissionais nas unidades de saúde. Destaca-se também neste DSC a menção aos planos privados de saúde, que são utilizados por uma pequena parte do grupo, especialmente por pessoas vinculadas a empresas ou a órgãos públicos que oferecem adesão a esses serviços. Para essa parcela do grupo, informar-se sobre saúde e solicitar serviços via aplicativos e pela internet é algo recorrente e fácil.

Embora os usos das tecnologias e da internet tenham sido mais estimulados e difundidos desde o surgimento da pandemia de COVID-19, esses recursos parecem fazer parte da realidade de uma parcela pouco expressiva da população brasileira e para os moradores de Palmas-TO no que diz respeito a atendimentos virtuais ou à solicitação de serviços de saúde digital, especialmente para os que dependem exclusivamente da saúde pública e do SUS.

4.1.3.4 DSC C4 – Não, só me Informo Sobre Saúde pela TV e Jornal

Só quando eu vejo no jornal, daqui e os de fora. Eu me informo pela televisão, passa que tal dia vai ter a vacinação em tal postinho, aí eu vou lá. Sobre esse negócio de saúde é só pela televisão.

Desde que a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou o estado pandêmico devido à disseminação do chamado novo coronavírus e suas variantes, os telejornais e os programas televisivos em geral passaram a noticiar e discutir o assunto da pandemia com grande destaque. O público que recorre exclusivamente à TV para se informar sobre saúde tinha acesso a boletins diários sobre contágio, ocupação hospitalar, número de óbitos, número de pessoas vacinadas, etc.

Em geral, os canais de comunicação televisivos locais e nacionais também deram bastante ênfase à importância da vacinação contra a COVID-19 e para as campanhas destinadas a reforçar a prevenção do contágio, destacadamente os cuidados com a higiene das mãos e o distanciamento social. Pode-se afirmar que os canais de televisão aberta prestaram um importante serviço de interesse público ao informar os expectadores e ao combater a desinformação, que se alastrou de modo semelhante ao vírus durante a pandemia.

4.1.3.5 DSC C5 – Não me Informo, mas Solicito Alguns Serviços

Questão de internet mesmo, pegar o celular e pesquisar lá sobre saúde, realmente não. Pra marcar consultas, exames às vezes a gente marca pelo WhatsApp. Eu quase não costumo usar o SUS. Eu tenho um “conveniozinho” com uma clínica que é mais em conta e sempre que preciso eu marco por lá.

Assim como no DSC C1, neste depoimento coletivo se observa que a internet é útil para solicitar alguns serviços de saúde, especialmente pelo aplicativo WhatsApp, bastante utilizado para estabelecer a comunicação entre atendentes e profissionais de clínicas privadas e seus pacientes.

Os indivíduos que formularam este discurso coletivo demonstram ser usuários frequentes de internet, por outro lado, declaram-se pouco interessados em buscar nesse meio informações específicas sobre saúde.

4.1.3.6 DSC C6 – Me Informo, mas Serviço só Presencialmente

Eu sou mais de procurar a saúde, de ir no postinho mesmo, que fica próximo da minha casa. Quando eu compro um medicamento e não sei bem a função, aí eu procuro estar pesquisando pra quê aquele medicamento serve. Eu acesso pra saber sobre saúde porque sou hipertensa, tem muita coisa que eu não posso. Serviços é meio difícil porque, no caso, a saúde liga pra gente (não pelo método da internet) pelo celular. Mas acessar é muito difícil, a gente ainda não tem esse acesso, não tem essa marcação. Eu gosto mesmo é de ir no postinho de saúde, lá no médico mesmo, porque a gente acessa um aplicativo não dá certo, liga no telefone não dá certo, só dá certo se for lá pessoalmente.

Pesquisar, saber sobre algum problema de saúde, sim. Agora acessar a saúde pela internet, isso é sonho. Hoje, você acessa a saúde através da internet e eles só falam que vão te atender daqui a seis meses. Sobre doenças, da mama, eu pesquiso, da vagina, essas coisas. Eu me informo sobre saúde mais na internet do que no postinho, que eu procuro só quando tá agendando, tem algum sintoma, vai levar um filho. Busco também pelo WhatsApp, Facebook, Instagram, Google, Youtube, vai depender da ocasião.

O assunto saúde virou uma realidade na nossa vida depois da COVID, principalmente na internet. Quando preciso eu vou no Google, poucas vezes. Serviço de saúde pelo celular? Nunca nem tinha visto isso. Já vi mesmo só esse negócio de chamar farmácia, agora sobre serviço de saúde não.

Neste DSC, fica bastante evidente a falta de confiança em serviços de saúde pública do SUS oferecidos por meio de recursos tecnológicos e da internet. Apesar de ter acesso aos dispositivos e estar conectado, este sujeito coletivo acha que o serviço de saúde digital é uma realidade ainda distante, pois não funciona e não atende aos usuários no prazo que eles necessitam. Por isso, essas pessoas preferem o atendimento presencial nas unidades de saúde e o contato direto com os profissionais da área.

Por outro lado, fica claro também que este público se mantém relativamente informado sobre as questões de saúde de uma maneira geral, como campanhas preventivas, medicamentos, tratamentos, campanhas de vacinação, etc. Além disso, este sujeito acredita que, em decorrência da pandemia de COVID-19, assuntos relacionados à saúde passaram a figurar no centro das atenções e a internet se tornou um importante meio de comunicação e informação para esses assuntos. Mais uma vez o Google, o WhatsApp, Instagram, Facebook e Youtube aparecem como os principais canais de busca por informações relacionadas à saúde.

4.1.3.7 DSC C7 – Me Informo e Às Vezes Solicito Serviço pela Internet

Mais pra obter informações. Às vezes eu pesquiso pra saber sobre alguma doença ou algo assim que eu não sei, geralmente vou na internet. Serviços, raramente. Eu vou mais pessoalmente no postinho, no local mesmo, pela internet quase nada.

A diferença deste DSC para o anterior (C6) é que este sujeito raramente procura por um serviço de saúde via internet, mas se equivalem no sentido de que ambos evidenciam desconfiança em atendimentos e serviços virtuais ou remotos, uma vez que isso parece ser inacessível ou ineficiente para os usuários do SUS.

4.1.4 QUESTÃO D – Você Conhece o Plantão Coronavírus da Prefeitura de Palmas e o Conecte SUS do Ministério da Saúde? Se Sim, o que Você Acha deles?

4.1.4.1 DSC D1 a D4

O DSC D1 foi denominado “Ouvi falar dos dois, mas nunca usei” e compreende a seguinte fala:

Eu conheço porque a gente ouve falar. Tenho visto várias vezes passar na televisão. Mas eu mesma nunca acessei. É um "trem" complicado, sabe. A gente vai tentar e aí não consegue. Aí desiste. Só conheço o aplicativo, mas nunca acessei, nenhum dos dois, mas sei que existe. Eu vou diretamente no postinho de saúde e faço a medicação por lá, as vacinas e tudo que a gente tem que tomar. No meu dia a dia, pra quê eu entraria ali? Não sei a finalidade ainda. O Conecte SUS, conheci através de uma amiga. Estava aguardando uma consulta e uma amiga viu o andamento de um exame pelo aplicativo dela.

Já o DSC D2, “Ouvi falar só do Plantão Coronavírus, mas não usei”, é representado pela fala “Ouvi falar do Portal Coronavírus, vi passar na televisão, mas nunca usei. Não sou muito de mexer. Eu prefiro ir lá mesmo no postinho de saúde”. O DSC D3 compreende a fala “O Conecte SUS já ouvi falar, mas nunca usei” e foi denominado de maneira similar como “Já ouvi falar no Conecte SUS, mas não usei”. Por fim, o DSC D4 foi denominado “Não conheço e nunca usei” e compreende a fala: “Não, sobre isso aí não sei nada ainda não. Estou ouvindo falar agora”.

Os DSC D1, D2, D3 e D4 foram agrupados nesta mesma análise porque, apesar de serem discursos coletivos diferentes, apresentam muitas similaridades, especialmente pela constatação de que nenhum dos entrevistados que formularam essas opiniões conhecem e utilizaram os sistemas de saúde digital Plantão Coronavírus (da Prefeitura de Palmas) e o Conecte SUS (do Ministério da Saúde). Se reunidos em um só grupo, esses depoentes representam 64% de todos os entrevistados. Trata-se de um grupo bastante heterogêneo, com idades entre 20 e 71 anos, com graus de escolaridade que vão de iletrados até o nível superior, sendo bem próxima a quantidade de homens e mulheres.

Conforme se viu no DSC B1, 62% de todo o grupo social declaram fazer uso frequente da internet em seus cotidianos e consideram a tecnologia imprescindível em suas vidas. Entretanto, o percentual de pessoas que desconhecem e não fazem uso do Plantão Coronavírus e do Conecte SUS é de 64%. Isso chama a atenção porque esses dois sistemas são as principais iniciativas de saúde digital nos âmbitos da gestão municipal de Palmas e do Governo Federal. Em outras palavras, ambos os sistemas de informação representam os maiores esforços em níveis local e nacional para materializar e ofertar a saúde digital aos usuários do SUS. Pode-se afirmar, a partir disso, que para o grupo social investigado nesta pesquisa as estratégias de saúde digital disponibilizadas pelo SUS em âmbito local e nacional são pouco expressivas e não alcançam a maioria das pessoas.

4.1.4.2 DSC D5 – Conheço o Plantão Coronavírus, mas Não Gostei

Conheço e fiquei muito triste com o Portal Coronavírus. Foi uma propaganda muito falsa pra nós aqui na época. Falo isso “de camarote” porque eu fui uma das vítimas que saí daqui. Eles fizeram um posto de atendimento no “cafundó do judas” (como diz o pessoal daqui), lá no “inferno da pedra”, onde não tínhamos ônibus pra ir. Esse aí eu ainda tentei usar no final da pandemia. É um sistema que, pra mim, só vivia travando. Era inacessível, sendo realista.

É perceptível neste depoimento coletivo que o Plantão Coronavírus significa uma experiência negativa para estes usuários, uma vez que eles não tiveram suas necessidades ou solicitações atendidas ou nem mesmo conseguiram acessar o site da Prefeitura de Palmas. Por outro lado, nota-se também que os entrevistados parecem não distinguir totalmente o serviço de saúde digital do serviço presencial nas unidades de saúde onde teriam sido “mal” atendidos. Se ocorreram erros por parte da gestão municipal da saúde em encaminhar pacientes para unidades distantes de suas casas, não significa, necessariamente, que o Plantão Coronavírus seja a raiz do problema, isto é, o erro neste caso teria sido a falta de planejamento ao se encaminhar as pessoas para lugares longínquos sem a disponibilidade de transporte coletivo para atendê-los.

4.1.4.3 DSC D6 – Conheço o Plantão Coronavírus e Já Usei

O da Prefeitura sim, eu acessava bastante, hoje nem tanto. São bem precisas as informações. É importante a gente ter aquelas informações sobre quantos casos, quantos se recuperaram, pra gente se “desalarar”. Usei para ter algumas informações sobre sintomas, principalmente quando estava na época do coronavírus. E também sobre depressão, essas coisas assim. Minha filha sofreu disso, aí eu procurei me informar, principalmente sobre psicólogos, especialistas nessa área. Eu até acessei

uma vez, respondi um questionário lá, mas não tenho, assim, muito contato com ele. A gente usa pra marcar as vacinas. Quando a gente tá gripado, a gente vai lá saber a diferença de cada gripe. A gente se informa qual é o posto que tá recebendo a gente naquela ocasião. Já entrei por curiosidade, dei só uma olhada e li poucas coisas. Já entrei no Plantão Coronavírus duas vezes. Eu entro direto e vejo como está a situação, tanto que estão aumentando gradativamente o número de casos.

No DSC D6 os depoentes demonstram conhecer melhor o Plantão Coronavírus e algumas de suas funcionalidades. Especialmente do início até os momentos mais críticos da pandemia, o site representou a esta parcela do grupo um canal confiável para se obter informações, acompanhar a evolução do número de contaminações, hospitalizações, mortes, etc., e para solicitar alguns serviços de saúde como agendamento de vacinas, agendamento de consultas ou sessões virtuais de psicoterapia direcionadas a pessoas que passaram a sofrer consequências da pandemia na saúde mental.

4.1.4.4 DSC D7 – Conheço o Conecte SUS e Já Usei

O Conecte SUS eu conheço, inclusive eu usei esses dias atrás para emitir o Certificado de Vacinação de COVID. Eu achei muito bom ter todas as informações de vacinação. Vi que tem outras informações, mas não cheguei a entrar nessa parte. Eu já usei pra fazer carteirinha pra atendimento em postinho. Tem muito tempo que eu usei. Depois dessa integração do Governo Federal, que teve um acesso mais unificado dos sistemas, achei bem tranquilo de utilizar, não tive muito problema não.

Quanto ao DSC D7, os usuários também demonstram satisfação com o sistema de saúde digital oferecido pelo Ministério da Saúde, principalmente para ter acesso a informações sobre vacinação e ao cartão de usuário do SUS. Ambos os depoimentos coletivos (D7 e D6) denotam confiança tanto no portal disponibilizado pela Prefeitura de Palmas quanto pelo Ministério da Saúde. Os usuários revelam ter tido experiências positivas com esses sistemas, já que encontraram o que buscavam e tiveram suas demandas atendidas. Os que conhecem exclusivamente o Plantão Coronavírus são 14%, com presença acentuada de pessoas possuidoras de níveis médios e superior de ensino e maior familiaridade com os dispositivos digitais. Já o que conhecem somente o Conecte SUS são apenas 2% dos entrevistados, também com maior grau de escolaridade e inserção digital. Observa-se que uma pequena parte do grupo estudado conhece, acessa e está satisfeita com os serviços oferecidos por ambos os sistemas de saúde digital.

4.1.4.5 DSC D8 – Conheço e Já Usei os Dois

O Plantão Coronavírus eu conheço e já usei pra marcar as vacinas. Cheguei a ver que tem bastante informações, como saúde da família, mas não cheguei a ler aquele “mundaréu” de informações. O Conecte SUS também conheço. Entrei pra ver qual é o objetivo, o que está passando para as pessoas. Eu vi que têm muitas informações, se as pessoas tiverem o interesse e tempo para ler. Eu usei para pegar o cartão de vacina e pra saber sobre as doses. O Plantão Coronavírus eu conheci, acessava diariamente quando ele foi lançado, bem no começo da pandemia. Em muitas prefeituras a gente teve notícia que queriam esconder os dados e aqui foi muito aberto. O Conecte SUS eu tenho no meu celular, meu cartão de vacina no meu celular. Foi uma mão na roda pra ter o cartão de vacina digital, o Conecte SUS ajudou. O Plantão Coronavírus eu já usei pra marcar a vacina contra o coronavírus. O Conecte SUS eu usei para acompanhar fila de espera de cirurgia.

É pequeno o percentual de pessoas que conhecem e utilizam os dois sistemas de saúde digital, apenas 6%. As pessoas demonstram ter maior grau de conhecimento e familiaridade com ambos os portais e com os dispositivos digitais nesta opinião coletiva. Este sujeito afirma que os sistemas oferecem informações e serviços úteis, especialmente em relação à COVID-19, demonstrando satisfação e confiança. Vacina ou cartão de vacina são os serviços mais citados neste DSC.

4.1.5 QUESTÃO E - Oferecer Informações sobre Saúde é uma Obrigação dos Governos e da Prefeitura. Você Acha que Isso está Acontecendo Aqui em Palmas?

4.1.5.1 DSC E1 – Sim, Estão Cumprindo com a Obrigação de Informar

Sim, com certeza. Tanto pela parte do governo federal, como no estadual e municipal. Eu sou muito bem informado. Em Palmas acontece. Vou dar um exemplo desse mês que eles estão trabalhando com o homem (Novembro Azul). Eles estão avisando nas casas das pessoas, os agentes passam nas casas das pessoas que têm aquela idade e avisa com antecedência. Até que eles avisam muita coisa. Eu fiz uma bateria de exames e eu consegui tudinho pelo SUS. Fiquei sabendo pelo postinho mesmo, aí foram me encaminhando um pro outro, até eu conseguir fazer.

Os depoentes acreditam que os governos e a Prefeitura de Palmas estão cumprindo com o dever de informar à população sobre assuntos relacionados à saúde nesta opinião coletiva, que corresponde a 8% dos entrevistados, os quais entendem que são devidamente informados pelo poder público. Ressalta-se que para este público a informação é obtida especialmente por intermédio dos agentes de saúde ou pelos profissionais que atuam nas unidades do SUS.

4.1.5.2 DSC E2 – Não Estão Informando

Sinceramente, eu acho que não. Eu acho muito falho nesse aspecto, muito mesmo. As informações sobre umas coisas sim, mas outras sobre saúde não. As informações são deturpadas. O governo daqui não cumpri o que fala. Quando chega num posto não existe aquilo ali, não tem aquela medicação ali, não tem aquele atendimento. Você vai em um local e eles falam: não é aqui é para lá. Ficam sempre colocando a gente em lugares que não encontra resposta.

Para quem não tem dinheiro é difícil. Pra quem tem dinheiro, é particular, resolve fácil. Agora, pra nós que somos fracos, não. Todo político que entra e sai sempre promete uma coisa, na campanha sempre promete uma coisa, quando ganha esquece. Os governos só pensam neles, não pensam na população. Tá muito difícil. Informações, muito vagamente, tá muito difícil. Não vejo nada, nem o meu remédio que eu pegava nos postinhos eu não estou mais pegando, estou comprando tudo.

Atualmente, a Prefeitura está sendo bem falha, essas informações de saúde eles não estão cumprindo essa obrigação. Eu liguei lá no postinho pra me informar, de primeiro pra pegar o protocolo era só ligar. Mas agora disseram que tem que ir no postinho pessoalmente com o Cartão do SUS. A agente de saúde vem aqui, mas não me encontra em casa, eu saio 8h e volto às 18h. Serviço você sabe como é: não espera. Acho que deveria ter um projeto direcionado para a comunidade para poder chamar mais a atenção das pessoas sobre saúde, porque, às vezes, as pessoas só procuram a saúde quando estão com um caso muito grave. Antigamente, vinha muito o povo da saúde aqui em casa, eles faziam uma rota toda semana. Já faz muito tempo que eu não os vejo por aqui. Vinha o pessoal da dengue, passava nas casas, aqui eu nunca nem vi.

Trinta por cento (30%) dos entrevistados formularam este depoimento coletivo em que expressam desconfiança nos governos e na Prefeitura no quesito informação sobre saúde. Mais uma vez, o tema informação é associado aos serviços e atendimentos recebidos por essas pessoas nas unidades de saúde.

Fica evidente a descrença desses usuários em governos, políticos e nos serviços da saúde pública, sendo que parecem não os dissociar ou os diferenciar. Isso é compreensível, já que essas coisas estão realmente atreladas umas às outras, isto é, políticos são eleitos e se tornam governantes para, entre outras coisas, gerir serviços públicos como saúde, educação, segurança, mobilidade e outros.

A palavra direito não é mencionada de forma direta pelos depoentes neste DSC, portanto, não se pode dizer, inequivocamente, que este sujeito coletivo tem total clareza sobre quais são os seus direitos sociais. Entretanto, nota-se neste depoimento coletivo insatisfação com o sistema político que administra a coisa pública. Em outras palavras, o DSC afirma que a comunicação, a informação e a saúde estão sendo negadas aos cidadãos pelo poder público.

4.1.5.3 DSC E3 – As Informações são Divulgadas na TV e na Internet

Eu não assisto a TV aberta. Passam mais na TV aberta essas coisas e eu não vejo muito a TV aberta. É falta de atenção de quem não tá buscando, né. Mas tem informação diariamente, nos sites e através dos telejornais também.

Não sei como é o atendimento, mas vejo muito pela mídia, não sei se funciona. Geralmente eu vejo no Instagram umas barrinhas de notificações abaixo da foto, tipo: clique aqui saber mais sobre evitar. Fora isso não percebo ações dos governos, mais pela mídia, geralmente quando ligo a TV. Aparece mais em TV, campanha de Setembro Amarelo, Novembro Azul. Acho que o único meio é a mídia. Se a pessoa não tem isso fica sem se informar. Lá mesmo onde eu trabalho, a TV fica ligada o dia todo, aí a gente fica vendo eles informar pra ir no postinho, que chegou uma vacina no dia tal. Pra gente saber como é que são as coisas direitinho tem que se informar pela televisão, assistir muito. Pra mim, a informação tá vindo devagar, mas tá vindo, e vem pelo celular. Hoje eu vi no jornal sobre a COVID, que tá voltando de novo e nos lugares fechados tem que voltar o hábito usar máscara. Vejo pelos canais de notícias, grupos de WhatsApp e Instagram.

Para esta parcela dos entrevistados (22%), a atribuição dos governos e da Prefeitura de informar à sociedade sobre saúde está sendo feita por meio da televisão e das mídias digitais. É pertinente ressaltar que neste DSC os depoentes não separam a obrigação do Estado de informar à população do trabalho feito pelos meios de comunicação, o que para eles parece se tratar da mesma coisa.

Os governos, prefeituras e órgãos públicos em geral fazem uso de recursos e ferramentas de assessoria de imprensa, marketing e publicidade para veicular informações por intermédio das mídias televisiva e digital. Esses veículos recebem informações oficiais por meio de *releases*, anúncios e informes publicitários. Temas de interesse público como a saúde costumam ser amplamente divulgados, ainda mais em se tratando de uma crise sanitária tão impactante como a pandemia de COVID-19. Isso explica, em certa medida, porque as pessoas associam de forma direta a obrigação dos governos de informar sobre saúde às mídias, pois percebem com frequência a difusão de informações oficiais dos órgãos de saúde e a presença dos representantes dos governos nos meios de comunicação em forma de entrevistas ou declarações.

4.1.5.4 DSC E4 – Parcialmente, Nem Sempre

Pode estar acontecendo, mas não é como deveria ser. Às vezes tem as informações, mas quando você chega lá é outra coisa, a realidade é outra. Tem muita coisa que acontece que a gente nem fica sabendo. É mais a pessoa que tá dentro da área da saúde que passa pra gente. Se não for, não tem como a gente saber. A gente também não pode deixar tudo nas costas dos nossos governantes, mas eu acho que ainda falta muito da parte deles. Acho que vem verbas pra implementar, oferecer informações, enviar pessoas aqui.

No condomínio tem um auditório que poderia muito servir pra dar explicações para as pessoas. Eu sei que é obrigação, mas tem coisa que acontece e eles não colocam na

televisão. Às vezes você vai em um horário e dizem que é só pela tarde. Informam o local onde tem a vacina, mas não informam o horário de atendimento, se é pela manhã ou pela tarde. Teria que ser mais, divulgar mais, ter mais pesquisas, mais programas pra poder informar à população. Sobre informação mesmo, não é “cem por cento”, só tem se eu for procurar quando preciso de alguma coisa. Você falou aí de dois sites que eu nunca ouvi falar, e olha que eu tenho duas crianças em casa. Eu sabia da ouvidoria, que é o telefone da saúde que você liga, mas desses aí eu não sabia. Não vejo muita informação sobre isso.

Aqui, acredita-se que os governos estão cumprindo parcialmente com a sua obrigação de informar sobre saúde e, para tanto, utilizam os meios de comunicação e as unidades de saúde. Um aspecto deste DSC que deve ser ressaltado são as sugestões apontadas pelos depoentes para que a comunicação entre o poder público e a comunidade seja aprimorada. Isso passa pela aproximação entre gestores, profissionais de saúde e usuários do SUS ao se desenvolver programas e ações que permitam o diálogo direto entre as pessoas por meio de encontros presenciais. A percepção sobre direitos sociais também está implícita e o acesso a esses direitos é considerado insuficiente neste depoimento coletivo.

4.1.5.5 DSC 05 – Não é Responsabilidade só dos Governos

Às vezes tem que partir da população o interesse de se informar também. Às vezes a culpa da informação não chegar não é da Prefeitura, às vezes até chega, mas a pessoa não leva a sério. Acho que a população é que não para muito para prestar atenção, mas se for pesquisar, ir atrás, eu tenho certeza que um projeto ou alguma coisa tem. Informaram agora que o coronavírus voltou, sobre isso eu vi. Não sei se estão cumprindo ou não com a função deles. Acho que é falha do cidadão, eu mesma não procuro saber. Os meios de se informar que existem a gente não usa também, eu sou uma dessas. A população precisa buscar mais.

Fica claro neste pensamento do grupo a corresponsabilização e a coparticipação do cidadão no ato de se informar e se comunicar. O sujeito coletivo afirma que os governos precisam cumprir com sua função, mas as pessoas também devem ser proativas na busca pela informação, pois existem canais disponíveis para que isso seja feito.

É possível perceber um certo tom de “culpa” neste discurso, como se as pessoas não se informassem sobre saúde por desinteresse ou omissão. Em outros termos, poderia se traduzir esse sentimento da seguinte forma: a informação sobre saúde está disponível e as pessoas não se informam porque não querem.

4.1.5.6 DSC 06 – Prefeitura Divulgou mais que o Governo Federal

Se eu for comparar Palmas com o Governo Federal, Palmas foi bem melhor. Eu acho que ainda foi pouco o que a Prefeitura fez, poderia ter feito mais sobre informação. Tenho esse parâmetro pra te falar sobre a Prefeitura, não foi o suficiente, mas não posso falar que foi ruim porque eu vi a postura da administração municipal em querer vacinar, em fazer o distanciamento social. Não sei dizer o quanto o governo federal pode ter prejudicado as informações do município, mas aparentemente eu percebo que houve um esforço maior do município de Palmas em trazer informações para as pessoas.

Há aqui uma crítica bastante nítida à omissão do Governo Federal presidido por Jair Bolsonaro, no período de 2019 a 2022, quanto à indisponibilização de informações confiáveis sobre a pandemia de COVID-19. A postura do então presidente da república e seus gestores da saúde deixaram a população ainda mais insegura e confusa pela falta de clareza quanto aos protocolos de segurança e às medidas concretas que o Governo estava tomando no sentido de controlar a crise sanitária e de oferecer vacinas para a população.

Por outro lado, percebe-se que a Prefeitura de Palmas se posicionou e agiu de forma mais clara sobre quais eram suas recomendações para que a população mantivesse o distanciamento social e aderisse à vacinação.

É verdade que a pandemia forçou os governos e a Prefeitura de Palmas a adotarem estratégias que incluíram o uso da saúde digital para responder de forma mais imediata aos desafios impostos pela crise sanitária, o que se pôde perceber na implementação e aprimoramento de portais e aplicativos, especialmente para ofertar informações e para fins de agendamento de testes e vacinas contra a COVID-19, além da disponibilização do comprovante de vacinação em formato digital. Entretanto, esses esforços não foram suficientes para alcançar de uma maneira ampla o grupo social composto por moradores do RPP. Como se viu anteriormente, sessenta e quatro por cento (64%) não conhecem e nunca usaram os sites ou os aplicativos Conecte SUS e Plantão Coronavírus, do Ministério da Saúde e da Prefeitura de Palmas, respectivamente.

O Plantão Coronavírus oferta informações gerais sobre a pandemia, número de casos de COVID-19, taxa de ocupação hospitalar, dados sobre a evolução dos casos em formato de tabelas e gráficos e mapa de referenciamento sobre a distribuição de óbitos no município de Palmas. Além disso, possibilita o agendamento de testes e de vacinas contra a COVID-19, sendo que esses serviços foram utilizados no momento em que os testes e as vacinas começaram a ser disponibilizadas, em meados de 2021, até um momento posterior em que a imunização e o controle da pandemia avançaram no município. Atualmente, não é necessário agendar testes

ou vacinas, basta que o usuário se desloque até uma unidade de saúde e apresente seu número de CPF ou cartão do SUS e o cartão de vacina.

A falta de investimento em infraestrutura e recursos humanos impossibilita a oferta de outros serviços de saúde digital que substituam ou complementem os atendimentos presenciais, como telemedicina, telessaúde e outros.

O desconhecimento, desinteresse e a desconfiança nos serviços de saúde digital por parte do grupo social analisado podem ser observados nos dados a seguir: 14% dos entrevistados conhecem e utilizaram o Plantão Coronavírus, com presença acentuada de pessoas com níveis médios e superior de ensino e maior familiaridade com os dispositivos digitais; apenas 2% conhecem e já utilizaram o Conecte SUS, também com incidência acentuada de pessoas com maior grau de escolaridade e inserção digital; e se somam a esses números mais 6% de indivíduos que conhecem e já utilizaram ambos os sistemas de saúde digital.

Com respeito ao acesso à informação sobre saúde, nota-se que a televisão e as mídias digitais, com destaque para as redes sociais WhatsApp, Instagram, Facebook e o buscador Google, ocupam espaço significativo no cotidiano do grupo. Quando questionados se os governos e a Prefeitura de Palmas estão cumprindo com o dever de informar à população sobre saúde, 30% dos inquiridos responderam que não. Vinte e dois por cento (22%) disseram que sim, mas por meio da televisão e da internet.

Conforme visto na análise de um dos Discursos do Sujeito Coletivo, os meios de comunicação são recursos importantes para que governos, prefeituras e órgãos públicos promovam a difusão de informações oficiais sobre saúde. Essas instituições fazem uso de técnicas de assessoria de comunicação e marketing para alcançar os públicos. Em uma situação de crise sanitária, como é o caso da pandemia de COVID-19, costuma-se dar muito destaque para o tema saúde. Por isso, de uma maneira geral, as pessoas associam de forma direta a obrigação dos governos de informar sobre saúde à televisão e às mídias digitais, pois notam com frequência a presença de informações oficiais dos órgãos de saúde e dos representantes dos governos nas mídias.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A comunicação é inerente ao ser humano, faz parte do seu processo de desenvolvimento social, sendo elemento articulador e fundamental de suas relações e essencial para a população acessar direitos relacionados à saúde, como foi destacado no presente estudo. A ideia de campo elaborada por Bordieu (1996) nos ajuda a entender como esta sociedade e seus grupos sociais se estruturam e se organizam até mesmo para acessar o direito à saúde.

Nesta dissertação, o campo Comunicação & Saúde foi entendido como espaço sociodiscursivo onde se travam as lutas e negociações entre os agentes sociais e as instituições (governos, Prefeitura, órgãos de saúde, etc.) e os grupos sociais que participam ou estão sob a influência desse campo, sendo que neste caso a comunidade em questão é composta por moradores do Residencial Parque da Praia.

Para um grupo social, pode-se dizer que lutas e negociações remetem à noção de direito e cidadania, afinal são esses os modos pelos quais se busca conquistar aquilo que é considerado devido, justo e necessário para que uma comunidade ou indivíduo alcance uma vida digna. É pertinente lembrar, aqui, o conceito de saúde elaborado pela Organização Mundial da Saúde: “completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença” (OMS, 1948, p. 94).

A saúde é um direito fundamental, assim como a comunicação também é um direito expresso na Declaração Universal dos Direitos Humanos. Ambos os direitos são garantidos pela Constituição Federal do Brasil de 1988, consubstanciados pelo arcabouço legal brasileiro, o que se estende ao município de Palmas-TO por ser um ente federativo.

De um modo simplificado, como se viu, saúde digital é a utilização das Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) para se difundir informações ou ofertar atendimentos e serviços em saúde. A tecnologia digital, aliada à internet, gerou inovações e transformações na relação dos pacientes com os profissionais e serviços de saúde, embora isso tenha sido pouco evidenciado entre os moradores do RPP. Sendo assim, pode-se dizer que a saúde digital aprimorou a oferta de informações e facilitou o acesso a diversos serviços e procedimentos em saúde para um pequeno número de entrevistados. Desse modo, a falta de acesso aos dispositivos digitais e à internet e a exclusão digital, isto é, a falta de alcance e domínio desses recursos por uma parcela da sociedade pode significar um aumento ainda maior das desigualdades sociais já existentes no Brasil em consequência de fatores educacionais e socioeconômicos.

Ao analisar o grupo de moradores o Residencial Parque da Praia, percebeu-se que a maioria das pessoas possui acesso aos dispositivos digitais e à internet, incluindo indivíduos

com faixa etária acima de 60 anos e baixa escolaridade. Sessenta e dois por cento (62%) declaram que utilizam a internet em suas rotinas diárias e dizem que a rede é imprescindível para eles. Embora uma parcela significativa do grupo tenha relatado possuir acesso aos dispositivos digitais e esteja conectada, predominou a opinião coletiva de que os serviços de saúde digital são uma realidade ainda distante, pois não funcionam e não atendem as demandas dos usuários no tempo que necessitam. O maior problema apontado por esta comunidade é a desconfiança e a ineficiência desses atendimentos e serviços on-line ofertados pelo Ministério da Saúde e pela Prefeitura de Palmas. Por esse motivo, essas pessoas preferem o atendimento presencial nas unidades de saúde, onde encontram mais resolutividade, acolhimento, atenção e diálogo com os profissionais que atuam nesses lugares. Para aquelas pessoas que têm pouco ou nenhum domínio dos aparelhos digitais e da internet as informações sobre saúde continuam sendo obtidas principalmente pela televisão, pelas conversas com membros da comunidade e pelos profissionais nas unidades públicas de saúde.

De uma maneira geral, a comunidade apontou ter informação e ciência sobre a gama de serviços disponíveis no SUS e sobre o direito que têm de acessar à saúde pública e gratuita, mesmo que isso não tenha sido expressamente mencionado pela maioria das pessoas em seus discursos coletivos. O grupo reconheceu a importância e os benefícios oferecidos pelo sistema público de saúde, especialmente no contexto da pandemia, apesar de também haver descontentamento por não se ter acesso a atendimentos em unidades próximas de suas residências e dentro do prazo requerido.

Um dos pressupostos mais importantes do campo Comunicação & Saúde é que o direito à comunicação não se dissocia do direito à saúde. Portanto, para que o cidadão acesse plenamente a saúde pública é necessário que haja oportunidade de se expressar e que suas ideias sejam levadas em consideração por instituições, gestores e profissionais de saúde, isto é, pelos atores sociais que compõem o campo. É possível notar que os integrantes do grupo social investigado nesta pesquisa se sentem, em certa medida, ouvidos quando vão até as unidades do SUS e são atendidos presencialmente, onde há maior propensão ao diálogo, empatia e clareza na comunicação verbal e não verbal. Porém, quando se analisa a saúde digital e o ambiente virtual onde ela ocorre, a incipiência dos serviços disponíveis nos sistemas Conecte SUS e Plantão Coronavírus deixa evidente que os usuários não encontram no ambiente on-line a mesma oportunidade de interação e escuta que ocorre presencialmente nas unidades de saúde, o que leva à conclusão que este seja o principal motivo pelo qual a comunidade não reconheça a saúde digital como extensão do seu direito à saúde e à comunicação e, por isso, prefira o atendimento presencial. O princípio da participação popular do SUS é ainda um ideal distante

de ser plenamente concretizado no âmbito presencial e ainda mais distante quando se considera o ambiente virtual pelas limitações e pouco desenvolvimento da saúde digital no Brasil e em Palmas.

Basicamente, são oferecidas para os usuários via Conecte SUS e Plantão Coronavírus informações sobre vacinas, medicamentos, exames, agendamentos, transplante de órgãos, doação de sangue e nutrição, além da disponibilização do comprovante de vacinação virtual. Embora o Governo Federal tenha autorizado o uso da telemedicina durante a pandemia, esta prática não foi significativamente incorporada como parte da estratégia de saúde digital no SUS, assim como a telessaúde também não foi estruturada e nem encontra repercussão no cotidiano e nas rotinas de atendimentos. Os poucos usuários que disseram conhecer e utilizar ambos os sistemas de saúde digital do SUS o fizeram para acessar informações sobre a pandemia, marcar testes ou vacina contra a COVID-19, solicitar o cartão do SUS e o comprovante de vacinação.

A percepção geral é que as informações sobre saúde estão amplamente disponíveis, especialmente depois do início da pandemia, pois o tema saúde ganhou maior ressonância e destaque, embora, geralmente se associe a palavra saúde ao consumo de medicamentos, tratamentos, vacinas e equipamentos. Isso restringe o conceito de saúde, que passa a ser vista como algo que pode ser comprada e deixa de ser uma condição humana e natural e mais abrangente, que envolve o “bem-estar físico, mental e social”, conforme a definição da OMS.

A partir das análises dos Discursos do Sujeito Coletivo e da reconstrução das Representações Sociais, isto é, da opinião coletiva do grupo investigado, ficou evidenciado que o modelo informacional de comunicação e o uso instrumental da comunicação por meio de técnicas de transmissão de informação são predominantes. Em outras palavras, observou-se que informação e comunicação são associadas às mídias televisiva e digital, sendo que os moradores do Residencial Parque da Praia encontram pouca ou quase nenhuma oportunidade de serem ouvidos, isto é, de terem as suas sugestões e demandas levadas em consideração pelos governos, Prefeitura e pelos profissionais de saúde, embora se tenha a percepção que as unidades de saúde sejam ambientes um pouco mais propícios ao diálogo. Dessa maneira, é possível dizer que o modelo dialógico de comunicação proposto pelo campo da Comunicação & Saúde é ainda um ideal, uma construção a ser feita com esforço e persistência no contexto do SUS. A pandemia de COVID-19 trouxe grandes desafios, mas ao mesmo tempo oportunidades para que essa construção ocorra de modo mais efetivo e acelerado a partir do uso das Tecnologias da Informação e Comunicação e da saúde digital. Não obstante, é necessário superar os obstáculos para que esses recursos alcancem os usuários do SUS com investimento em infraestrutura,

conectividade, recursos humanos, ferramentas tecnológicas e serviços virtuais eficientes. É possível afirmar que, se superados os seus desafios em âmbito nacional e local, a saúde digital pode se tornar uma alternativa viável e de grande importância no sentido de contribuir para a efetivação dos princípios do SUS de universalidade, equidade e participação popular na saúde.

Por fim, não há a pretensão de apresentar conclusões sobre as discussões suscitadas nesta pesquisa. O que se almeja é tão somente expor algumas considerações que podem servir de caminhos para que aqueles que tiverem acesso a esta pesquisa formulem suas interpretações e, se houver interesse, continuem desvendando o tema saúde digital sob novos olhares e perspectivas.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, C. V. et al. **Saúde Digital em tempos de pandemia: Encontrar o sentido do espaço, comunicação e proximidade da saúde face-a-face, respeitando as diferenças.** Lisboa, Portugal: APPSP, 2021.
- ALMEIDA FILHO, N. **O que é saúde?** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.
- ARAÚJO, I.; CARDOSO, J. M. **Comunicação e Saúde.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- ARNAUD, A.-J.; CAPELLER, W. Cidadania e direito à saúde. Em: COSTA, A. B. (Ed.). **Introdução crítica ao direito à saúde.** O direito achado na rua. Brasília: CEAD, 2009. v. 8.
- BAZZOLI, J. A. **Palmas em foco: Contradições de uma cidade planejada.** Palmas: EDUFT, 2019.
- BOAVENTURA, K. T.; VARÃO, R. **Uma bifurcação na estrada: Robert Craig, Luiz C. Martino e a fundamentação do campo da Comunicação.** Universidade Federal de Goiás, Goiânia: Associação Nacional dos Programas de Pós-Graduação em Comunicação, 10 jun. 2016. Disponível em: <<https://core.ac.uk/download/pdf/185255991.pdf>>
- BOURDIEU, P. **O poder simbólico.** Lisboa: DIFEL, 1989.
- BOURDIEU, P. **A economia das trocas lingüísticas: o que falar quer dizer.** São Paulo: Edusp, 1996.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. 1988.
- BUZANELLO, J. C.; CASTRO JÚNIOR, O. A. **Cartilha dos direitos do cidadão: Relacionamento entre Cidadão, Polícia, Juiz, Promotor e Defensor Público.** 6. ed. Rio de Janeiro: Unigranrio, 2008.
- CAPURRO, R.; HJORLAND, B. O conceito de informação. **Perspectivas em Ciência da Informação**, v. 12, n. 1, p. 148–207, abr. 2007.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Ministério da Saúde. 12 dez. 2012.
- EMERICH, T. B. et al. Necessidades de saúde e direito à comunicação em tempos de midiatização. **RECIIS – Revista Eletrônica Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, v. 10, n. 4, p. 1–12, 2016.
- EYSENBACH, G. What is e-health? **Journal of Medical Internet Research**, v. 3, n. 2, p. e20, 18 jun. 2001.
- FIGUEIREDO, E. R. L. et al. Os desafios da saúde digital na pandemia de COVID-19: uma revisão integrativa no Scielo. **RECISATEC - Revista Científica Saúde e Tecnologia**, v. 2, n. 1, p. e2182, 1 fev. 2022.

FRANÇA, V. V. Paradigmas da Comunicação: conhecer o quê? **C-Legenda - Revista do Programa de Pós-graduação em Cinema e Audiovisual**, n. 05, 29 jan. 2001.

FREIRE, P. **Extensão ou comunicação?** 16. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2013.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. **Métodos de Pesquisa**. Rio Grande do Sul: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2009.

GOMES, R. A. L. **A comunicação como direito humano: um conceito em construção**. Dissertação de Mestrado em Comunicação—Recife: Universidade Federal de Pernambuco, 2007.

G1 GLOBO. **Covid: por que o fim da emergência global não significa o fim da pandemia**. 05 maio 2023. Disponível em:
<https://g1.globo.com/saude/coronavirus/noticia/2023/05/05/covid-por-que-o-fim-da-emergencia-global-nao-significa-o-fim-da-pandemia.ghtml>.

G1 TOCANTINS. **Prefeitura de Palmas inicia a campanha de vacinação contra a Covid-19 na capital**. G1, 20 jan. 2021. Disponível em:
<https://g1.globo.com/to/tocantins/noticia/2021/01/20/prefeitura-de-palmas-inicia-a-campanha-de-vacinacao-contra-a-covid-19-na-capital.ghtml>. Acesso em: 30 jan. 2023.

HIRA, A. Y. **Saúde Digital: Novo Paradigma da Convergência das Tecnologias de Informação para a Área da Saúde**. Tese de Doutorado—São Paulo: Escola Politécnica da Universidade de São Paulo, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Acesso à Internet e à televisão e posse de telefone móvel celular para uso pessoal 2019**. Brasil: IBGE, 2021.

JAPIASSU, H. **A questão da interdisciplinaridade**. Porto Alegre, jul. 1994. Disponível em:
<http://educacaotiete.sp.gov.br/wp-content/uploads/2015/08/interdisciplinaridade.pdf>

LEFÈVRE, F. Saúde, mídia e reificação. Em: PITTA, A. M. DA R.; RIBEIRO, A. C. T. (Eds.). **Saúde & comunicação: visibilidades e silêncios**. Saúde em debate. São Paulo: Editora Hucitec: ABRASCO, 1995.

LEFÈVRE, F. **Discurso do Sujeito Coletivo: Nossos modos de pensar, nosso eu coletivo**. São Paulo: Andreoli, 2007.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. O sujeito coletivo que fala. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 10, n. 20, p. 517–524, dez. 2006.

MARTINO, L. C. **História e identidade: apontamentos epistemológicos sobre a fundação e fundamentação do campo comunicacional**. dez. 2004. Disponível em:
<http://www.compos.org.br/e-compos>

MARTINO, L. C. **“Significação da Teoria em um Campo Diversificado”, conferência inaugural do IV Colóquio Bi-nacional Brasil-Estados Unidos de Estudos da Comunicação**. Anais do Intercom 2010. Anais...Universidade de Caxias do Sul: set 2010.

MARTINO, L. M. S. A ilusão teórica no campo da comunicação. **Revista FAMECOS: mídia, cultura e tecnologia**, n. 36, p. 111–117, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde digital**. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-digital/saude-digital>>. Acesso em: 1 fev. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE; SECRETARIA EXECUTIVA; DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS. **Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020-2028**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

MIRANDA, C. M.; SANTOS, K. F.; VIANA, C. A. Comunicação e saúde: experiências locais do controle das arboviroses em Palmas. Em: MENDONÇA, A. V. M. et al. (Eds.). **Relatos de experiências para a prevenção de arboviroses: Centro oeste, norte e nordeste**. Brasília: ECoS, 2022. v. 1p. 175–196.

NARVAI, Paulo Capel. **SUS: uma reforma revolucionária**. Autêntica Editora, 2022.

NEVES, J. L. Pesquisa qualitativa: características, usos e possibilidades. **Caderno de pesquisas em administração**, São Paulo, v. 1, n. 3, p. 1-5, 1996.

REDAÇÃO SEMUS. **Novo site “Plantão Coronavírus” com informações sobre a Covid-19 é disponibilizado pela Prefeitura de Palmas**. 21 abr. 2020. Disponível em: <<https://www.palmas.to.gov.br/portal/noticias/novo-site-plantao-coronavirus-com-informacoes-sobre-a-covid-19-e-disponibilizado-pela-prefeitura-de-palmas/22581/>>.

REIS, P. O. B. Palmas: entre muros, vazios urbanos e ausência de vitalidade. **Arquitextos**, v. 10, n. 117, 2010.

RODRIGUES, A. C. M. *et al.* **A internet como fonte de informação em saúde de pacientes**. Anais da 10ª Mostra de Saúde. **Anais...Goiás: RESU: Revista Educação em Saúde**, 14 jun. 2016.

SANTAELLA, L. Da cultura das mídias à cibercultura: o advento do pós-humano. **Revista FAMECOS**, v. 10, n. 22, p. 23, 2003.

SODRÉ, M. Comunicação: um campo em apuros teóricos. **Matrizes**, v. 5, n. 2, p. 11, 13 jun. 2012.

TORRES, M. M. **Campo da Comunicação & Saúde no Brasil: mapeamento dos espaços de discussão e reflexão acadêmica**. Dissertação de Mestrado em Informação e Comunicação em Saúde—Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, 2012.

URUPÁ, M. Sociedade da Informação, Direitos Humanos e Direito à Comunicação. Em: SOUSA JÚNIOR, J. G. et al. (Eds.). **O Direito Achado na Rua v. 8: Introdução Crítica ao Direito à Comunicação e à Informação**. Brasília: FAC, UnB, 2016. p. 100–110.

VALENTIM, R. A. DE M. et al. A relevância de um ecossistema tecnológico no enfrentamento à Covid-19 no Sistema Único de Saúde: o caso do Rio Grande do Norte, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 6, p. 2035–2052, jun. 2021.

WE ARE SOCIAL; HOOTSUITE. **Digital 2022: Brazil**. [s.l.] Datareportal, 2022.

WOLF, M. **Teorias da Comunicação**. 7. ed. Lisboa: Presença, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Estratégia global de saúde digital **2020-2025**.
Geneva: Organização Mundial da Saúde, 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Summary report on proceedings minutes and final acts of the International Health Conference held in New York from 19 June to 22 July 1946**. New York, USA: WHO, 1948.

ZANELLA, L. C. H. **Metodologia de pesquisa**. 2. ed. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC, 2011.

ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

CONFORME RESOLUÇÃO 466/2012 CNS/CONEP

Prezado(a),

o senhor (a) está sendo convidado(a) para participar da pesquisa “**A saúde digital e sua aplicação aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) durante a pandemia de COVID-19 em Palmas-TO**”. Esta pesquisa será realizada pelo pesquisador **Cristiano Alves Viana**, do curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Comunicação e Sociedade (PPGComs) da Universidade Federal do Tocantins-UFT (Campus Palmas), sob orientação da professora e doutora **Cynthia Mara Miranda**. Por gentileza, leia atentamente as informações e termos descritos abaixo:

01. Objetivo: Esta pesquisa tem como objetivo compreender como a pandemia de COVID-19 está modificando a relação dos moradores do Residencial Parque da Praia com o Sistema Único de Saúde (SUS) e se essas pessoas utilizam a tecnologia para acessar informações e serviços do SUS. A pesquisa pretende descobrir também em que medida os celulares, computadores, aplicativos do SUS e a internet estão acessíveis a esses moradores.

02. Convite e participação: A síndica do Residencial Parque da Praia, **Artenísia Sousa dos Santos**, foi informada sobre os objetivos da pesquisa e está apoiando a sua realização, sendo a responsável por convidá-lo(a) a participar depois de explicar de forma resumida do que se trata. Após o aceite, será agendado o dia e horário para a aplicação de um questionário contendo 5 (cinco) perguntas, nas dependências do condomínio. O questionário será aplicado de forma individual e presencialmente pelo pesquisador. As perguntas e respostas serão gravadas em um gravador digital e transcritas posteriormente.

03. Direitos do participante: o(a) senhor(a) será esclarecido(a) sobre a pesquisa em quaisquer aspectos que desejar e tem a liberdade para recusar-se a participar ou retirar o seu consentimento a qualquer momento. Para participar deste estudo o(a) senhor(a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o senhor(a) tem assegurado o direito à indenização. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o senhor(a) é atendido(a) pelo pesquisador. Os resultados obtidos pela pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou qualquer dado, material ou registro que indique sua participação no estudo não será liberado sem a sua permissão. O(A) senhor (a) não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar.

04. Benefícios da pesquisa: a participação do senhor(a) nesta pesquisa trará benefícios para os moradores do Residencial Parque da Praia e para toda a sociedade, pois espera-se que os resultados ajudem a compreender como as tecnologias digitais estão influenciando a relação das pessoas com a saúde pública, no acesso às informações e aos serviços oferecidos pelo SUS no decorrer da pandemia da COVID-19. Os resultados da pesquisa também poderão ajudar na tomada de decisões por parte de gestores públicos e no aprimoramento de políticas de acesso à saúde por meios tecnológicos.

05. Riscos da pesquisa: os riscos que podem vir a ocorrer estão relacionados ao desconforto em responder algumas perguntas, desinteresse ou aborrecimento ao se defrontar com alguma

pergunta do questionário. Caso isso ocorra, fica assegurada a liberdade de escolha na participação e nas respostas e o sigilo das informações pessoais ou que possam culminar na identificação dos participantes da pesquisa, não sendo sua identidade exposta em nenhum momento, sendo as respostas utilizadas exclusivamente para esta pesquisa e de posse somente do pesquisador que garante sua confidencialidade e a privacidade de suas informações.

06. Resultados da pesquisa: serão publicados em revistas científicas e eventos acadêmicos, ficarão disponíveis no Repositório Institucional de publicações do PPGComs/UFT, com total garantia de preservação da identidade dos participantes.

07. Dúvidas e esclarecimentos: caso tenha dúvidas ou queira esclarecer algo sobre a pesquisa basta entrar em contato com o pesquisador pelo telefone/Whatsapp (63) 99286-1564 ou pelo e-mail cristianoviana.br@gmail.com; com a orientadora da pesquisa pelo telefone (63) 98111-4684 ou pelo e-mail cynthiamara@mail.uft.edu.br ou com o Comitê de Ética em Pesquisas Humanas da UFT, Av. NS 15, ALC NO14 – Prédio do Almoxarifado – CEP 77020-210, Palmas-TO, pelos telefones (63) 3232-8023 / 8021 ou pelo e-mail cep_uft@uft.edu.br.

Este Termo de Consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo uma via arquivada pelo pesquisador responsável, em Palmas-TO, e a outra será fornecida ao senhor (a). Os dados, materiais e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos na sala 16, Coordenação do Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Comunicação e Sociedade da Universidade Federal do Tocantins (PPGComs/UFT) e, após esse tempo, serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo à legislação brasileira (Resoluções Nº 466/12 e Nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado(a) dos objetivos, métodos, riscos e benefícios da pesquisa “**A saúde digital e sua aplicação aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) no contexto da pandemia de COVID-19 em Palmas-TO**”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

- () Concordo que minhas respostas gravadas em áudio e posteriormente transcritas sejam utilizadas somente para esta pesquisa.
- () Concordo que minhas respostas gravadas em áudio e posteriormente transcritas sejam utilizadas para esta e outras pesquisas, mas serei comunicado pelo pesquisador novamente e assinarei outro termo de consentimento livre e esclarecido que explique para que será utilizado o material.

Declaro que concordo em participar desta pesquisa. Recebi uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por mim e pelo pesquisador, que me deu a oportunidade de ler e esclarecer todas as minhas dúvidas.

Palmas, _____ de _____ de 2022

Assinatura do Participante

Pesquisador Responsável: CRISTIANO ALVES VIANA

Endereço: ARNE 53, Al.10, R. Saint George, Ap. 104, T-03 – Plano Diretor Norte - Palmas-TO

CEP: 77.006-492 – Telefone Celular: (63) 99286-1564 - E-mail:cristianoviana.br@gmail.com

CRISTIANO ALVES VIANA

Pesquisador Responsável

1ª Testemunha

2ª Testemunha