



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

CHEILA PIRES RAQUEL

DR. GOOGLE E A PORTA DE ENTRADA DO SUS:
NOVAS RELAÇÕES MÉDICO-PACIENTE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA

FORTALEZA

2022

CHEILA PIRES RAQUEL

**DR. GOOGLE E A PORTA DE ENTRADA DO SUS:
NOVAS RELAÇÕES MÉDICO-PACIENTE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará como um dos pré-requisitos para a obtenção do título de Mestre.

Área de Concentração: Saúde Coletiva

Linha de Pesquisa: Política, gestão e avaliação em saúde.

Orientação: Professora Dra. Kelen Gomes Ribeiro.

Coorientação: Professora Dra. Ivana Cristina Holanda Cunha Barreto.

FORTALEZA

2022

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- R17d Raquel, Cheila Pires.
Dr. Google e a porta de entrada do SUS : Novas relações médico-paciente na Estratégia Saúde da Família / Cheila Pires Raquel. – 2022.
143 f. : il. color.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Fortaleza, 2022.
Orientação: Profa. Dra. Kelen Gomes Ribeiro.
Coorientação: Profa. Dra. Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto.
1. Comunicação em Saúde. 2. Relações Médico-Paciente. 3. Estratégia Saúde da Família. 4. Saúde Digital. I. Título.

CDD 610

CHEILA PIRES RAQUEL

**DR. GOOGLE E A PORTA DE ENTRADA DO SUS:
NOVAS RELAÇÕES MÉDICO-PACIENTE NA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará como um dos pré-requisitos para a obtenção do título de Mestre.

Área de Concentração: Saúde Coletiva

Linha de Pesquisa: Política, gestão e avaliação em saúde.

Aprovada em: 11/05/2022.

BANCA EXAMINADORA

Professora dra. Kelen Gomes Ribeiro
Orientadora PPGSP UFC

Professora dra. Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto
Membro PPGSP UFC – FIOCRUZ Ceará

Professor dr. Luiz Odorico Monteiro de Andrade
Membro FAMED/UFC Sobral – FIOCRUZ Ceará

Professor dr. Gerardo Clésio Maia Arruda
Membro Pós-graduação UNICHRISTUS - UNIFOR

Aos meus amigos espirituais

A parte que ignoramos é muito maior que tudo
quanto sabemos.

Platão

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Sebastião e Deusina – Início de tudo.

Maria Vitória – Meu ar.

Lion Pires – Minha alegria.

Clésio Arruda – Minha vida nova.

Itlaneide Pires – Meu porto seguro.

Sandra e Stuart – Minha família do coração.

Odorico Monteiro – Minha referência de vida.

Ivana Barreto – Minha referência acadêmica.

Kelen Ribeiro – Minha luz.

Amanda Frota – Minha inspiração à luta.

Liz Siqueira – Minha esperança no Jornalismo.

Graça Viana, Cynara, Juliana, Mauro e Josete Tavares – Gratidão por todo apoio.

Inês (NEPE Eusébio) – Gratidão pela acolhida.

Usuários e médicos da ESF Eusébio – Gratidão pela confiança.

RESUMO

No oceano de informações da internet está o Google, onde acontece uma a cada vinte buscas sobre saúde no Brasil. O acesso a esse conhecimento chega a pacientes ávidos por saber o que se passa com sua própria saúde. Com o intuito de compreender como essa nova realidade tecnológica influencia a relação médico-paciente, foram escutados médicos e usuários da Estratégia Saúde da Família (ESF), a porta de entrada do Sistema Único de Saúde, que por sua proposta de promoção e prevenção da saúde permite uma aproximação maior. A pesquisa foi desenvolvida no contexto da ESF do município de Eusébio, que possui as Equipes de Saúde da Família (EqSF) bem estruturadas. Optou-se por uma metodologia de abordagem qualitativa, exploratória e transversal. Como ponto de partida, realizou-se uma revisão bibliográfica envolvendo cinco temas geradores: Comunicação em Saúde, Estratégia Saúde da Família, Relações médico-paciente, Saúde Digital e Fake News. Na etapa de campo, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com médicos que compõem as EqSF e grupos focais abrangendo usuários de três territórios. A análise do conteúdo foi ancorada nas temáticas: acesso à informação, habilidades de comunicação e uso da informação. A pesquisa apontou que pacientes buscam a internet a partir da manifestação dos primeiros sintomas. Também após a consulta médica continuam pesquisando, caso restem dúvidas sobre o diagnóstico e tratamento. Os pacientes anseiam ser atores do processo de cuidado em saúde e ter a oportunidade de dialogar com o médico, durante a consulta, sobre suas descobertas no Google. Os médicos concordam com a pesquisa, desde que a validação seja do profissional. Consideram o "dr. Google" hora como vilão, quando induz à automedicação e aumenta a ansiedade; hora como aliado, quando é fonte de atualização e conhecimento qualificado. Observou-se que a qualidade da comunicação estabelecida entre médico e paciente interfere no componente relacional de confiança, reduzindo as consultas à internet. Conclui-se que a influência da plataforma de internet Google no relacionamento médico-paciente pode ser otimizada com investimento na educação em saúde. Pacientes que precisam ser orientados sobre os riscos e benefícios de buscar informações sobre saúde na internet e médicos que carecem de formação continuada, desde a graduação até durante a rotina profissional, visto que atuam como educadores em saúde e deles é esperada uma postura de mediador em uma equipe de cuidado compartilhado.

Palavras-chave: Comunicação em Saúde; Estratégia Saúde da Família; Relações Médico-Paciente; Saúde Digital.

ABSTRACT

In the ocean of information on the internet is Google, where one out of every twenty searches on health in Brazil takes place. Access to this knowledge reaches patients who are eager to know what is happening with their own health. In order to understand how this new technological reality influences the doctor-patient relationship, doctors and users of the Family Health Strategy (ESF) were heard, the gateway to the Unified Health System, which, due to its proposal to promote and prevent health allows for a greater approximation. The research was developed in the context of the ESF in the municipality of Eusébio, which has well-structured Family Health Teams (EqSF). A qualitative, exploratory and transversal approach was chosen. As a starting point, a literature review was carried out involving five generating themes: Communication in Health, Family Health Strategy, Doctor-patient relations, Digital Health and Fake News. In the field stage, semi-structured interviews were carried out with doctors who make up the EqSF and focus groups covering users from three territories. The content analysis was anchored in the themes: access to information, communication skills and use of information. The research pointed out that patients seek the internet from the onset of the first symptoms. Also after the medical consultation, they continue researching, in case there are doubts about the diagnosis and treatment. Patients yearn to be actors in the health care process and to have the opportunity to dialogue with the doctor, during the consultation, about their findings on Google. Physicians agree with the research, as long as the validation is from the professional. They consider "Dr Google" sometime as villain, when he induces self-medication and increases anxiety; sometime as an ally, when it is a source of updating and qualified knowledge. It was observed that the quality of communication established between doctor and patient interferes with the relational component of trust, reducing internet consultations. It is concluded that the influence of the Google internet platform on the doctor-patient relationship can be optimized with investment in health education. Patients who need to be oriented on the risks and benefits of looking for health information on the internet and doctors who lack continuing education, from graduation to during their professional routine, since they act as health educators and are expected to be a mediator in a shared care team.

Keywords: Communication in Health; Family Health Strategy; Physician-Patient Relations; Digital Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Descritores e categorias de análise da pesquisa. P. 19.

Figura 2 – Nuvem de palavras relatadas na categoria Acesso à Informação. P. 79.

Figura 3 – Nuvem de palavras categoria Habilidades de Comunicação. P.89.

Figura 4 – Nuvem de palavras relatadas na categoria Acesso à Informação. P.102.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Unidades Básicas de Saúde –Eusébio.....	67
Quadro 2 - Síntese Metodológica.....	69
Quadro 3 - Perfil socioeconômico dos participantes da pesquisa	77
Quadro 4 - Habilidades de Comunicação Médico-Paciente.....	99

LISTA DE SIGLAS

ACS - Agentes Comunitários de Saúde

APS - Atenção Primária à Saúde

BVS - Biblioteca Virtual em Saúde

CAMPESF - Campo de Práticas Profissionais da Estratégia Saúde da Família

CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CEPE – Conselho de Ética e Pesquisa – UFC

CONEP – Conselho Nacional de Ética e Pesquisa

CHD - Classificação Hierárquica Descendente

CNDSS - Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CPB - Código Penal Brasileiro

DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis

EqSF - Equipes de Saúde da Família

ESF - Estratégia Saúde da Família

MMS - Movimento Municipal de Saúde

NASF - Núcleos Ampliados de Saúde da Família

NEPE – Núcleo de Ética e Pesquisa Eusébio

OPAS/OMS – Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PMAQ - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PSF - Programa Saúde da Família

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS - Unidade Básica de Saúde

UBASF – Unidade Básica de Saúde da Família

UPAS - Unidades de Pronto Atendimento em Saúde

VD – Visita Domiciliar

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	14
2. INTRODUÇÃO	16
3. COMUNICAÇÃO EM SAÚDE – DIREITO DE CIDADANIA	21
3.1. Literacia em Saúde e Educomunicação	26
4. O SUS E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)	28
4.1. Democracia, SUS e ESF	29
4.2. ESF: o elo entre a população e o SUS	31
4.3. Desafios para a ESF.....	33
5. RELACIONAMENTO MÉDICO-PACIENTE E A INTERNET: DR. GOOGLE	35
5.1. Modelo Biomédico e Modelo Biopsicossocial	35
5.2. Juridificação da relação	37
5.3. Comunicação e empatia.....	38
5.4. A Comunicação está nos detalhes.....	40
5.5. Relacionamento em tempos de internet.....	42
5.6. Tecnologia e conhecimento compartilhado	44
6. SAÚDE DIGITAL E OS DILEMAS DO MÉDICO DO FUTURO 46	
6.1. Tecnologias e a pandemia de covid-19.....	47
6.2. Novas tecnologias para além da pandemia.....	50
6.3. Medicina e ESF: o futuro é hoje.....	52
7. FAKE NEWS, A INFODEMIA QUE AMEAÇA A SAÚDE	54
7.1. O que são <i>Fake News</i>	55
7.2. <i>Fake News</i> e Saúde Pública	56
7.3. Por que as pessoas compartilham <i>fake news</i> ?.....	57
7.4. O que as plataformas estão fazendo contra as <i>fake news</i> ?.....	60
7.5. <i>Deep fake</i> e os algoritmos	61
7.6. Caminhos para sobreviver ao dilúvio informacional.....	62
8. OBJETIVOS	65
8.1. Objetivo geral	65
8.2. Objetivos específicos	65
9. METODOLOGIA	66

9.1. Eusébio, uma cidade em expansão.....	66
9.2. Um mergulho no conhecimento científico.....	68
9.3. Pesquisa de campo - Vivenciar a teoria na prática.....	70
9.3.1. <i>Entrevista: uma abordagem em profundidade</i>	70
9.3.2. <i>Grupo focal: reflexão e transformação social</i>	71
9.4. Uma análise de conteúdo à luz das Ciências Humanas e Sociais	72
9.5. <i>Software</i> – tecnologia a serviço da pesquisa qualitativa	74
9.6. Ética, a âncora do conhecimento científico.....	74
9.7. Uma contribuição para a Ciência	75
10. RESULTADOS	76
10.1 Perfil dos participantes e desafios do campo.....	76
10.2 Acesso à informação e o dr. Google.....	78
10.3 A influência da internet na relação médico paciente.....	86
10.4 Uso da informação: educação em saúde e <i>fake news</i>	101
11. CONSIDERAÇÕES FINAIS	110
12. REFERÊNCIAS	115
13. APÊNDICES	132
12. ANEXOS	137

1. APRESENTAÇÃO

A internet e sua influência nas relações sociais é um tema que desperta meu interesse. O acesso a um infinito de informações, caracterizado como um mar, transforma os relacionamentos e as diversas maneiras de comunicação com o outro, a ponto de significar uma verdadeira revolução tecnológica tal como a revolução industrial do Século XVIII (SCHWAB, 2016).

E essa influência da tecnologia que chega à casa das pessoas, ao ambiente de trabalho, enfim, a todos os espaços sociais, fascina-me desde a década de 2000, quando cursei Jornalismo na Universidade de Fortaleza. Naquela ocasião, meu trabalho de conclusão de curso foi intitulado *Jornalistas Pontocom: os desafios de fazer jornalismo na internet*.

Busquei analisar como os profissionais desempenhavam suas funções à luz dos princípios do Jornalismo diante da velocidade do tempo real e da multifuncionalidade imposta pelo ambiente virtual. Esse novo mundo começava a ser objeto de reflexões interessantes, às quais tive acesso.

Mcluhan (1977), em *Galáxia de Gutemberg*, já preconizava que a complexidade dos *media* e das novas tecnologias mudariam a maneira de a sociedade ver o mundo. Levy (2010) afirmava que a virtualidade não é um mundo falso ou imaginário, mas um modo de existência do qual pode surgir tanto a verdade, quanto a mentira.

O autor mergulhou em águas profundas para dizer que a essência do virtual é um vácuo, no qual saltamos a uma velocidade tão frenética que leva a uma desterritorialização de identidades, uma nova morada do gênero humano. Para Levy (2010), é possível dispor de diferentes concepções do virtual que, para além de uma ameaça, pode também ser inclusivo, requalificante e hospitaleiro.

Santaella (2010) também defendia que nesse vão do ciberespaço existem brechas a serem ocupadas pela comunicação e educação e são essas que devem ser exploradas, antes que outras forças excludentes colonizem as infinitas possibilidades da internet.

Outro assunto que despertou meu profundo interesse e que, aparentemente, não tinha relação com internet ou comunicação, a saúde pública e mais especificamente o Sistema Único de Saúde. Como veremos, existe uma intersecção entre temas. Em 2008, quando assumi a assessoria de Comunicação da Escola de Saúde Pública do Ceará tive o primeiro contato com o Sistema Único de Saúde. Essa experiência de fato

me trouxe uma noção sobre o que significa um sistema universal, criado para atender a todos sem distinção e tratar desigualmente os desiguais, conforme está expresso no artigo 7º da Lei 8.080/90 (BRASIL, 1990a).

Esses preceitos me encantaram e logo quis seguir minha carreira como Jornalista do Sistema Único de Saúde (SUS), prestando concurso para o Ministério da Saúde em 2010, cargo que ocupo até hoje. Nessa trajetória, tive contato com a Fundação Oswaldo Cruz no Ceará, participando da pesquisa Campo de Práticas Profissionais da Estratégia Saúde da Família (CAMPESF).

Como jornalista e fotógrafa da pesquisa CAMPESF, viajei em 2019 para alguns municípios do Ceará com o propósito de acompanhar e registrar o trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. Meu olhar fotográfico e carregado de subjetividade percebeu um trabalho primoroso de dedicação e entrega, enxergando o que de fato faz concreto o SUS que está na legislação e é referência mundial em política de estado para a Saúde.

Pude ver o SUS atuando dentro de comunidades longínquas e esquecidas. Profissionais andando a pé ou de bicicleta por estradas de terra batida para visitar famílias inteiras em sítios e vilarejos, onde só uma política universal chegaria. Vi também pessoas destas mesmas comunidades portando seus smartphones conectados à internet, agentes comunitários de saúde com seus tablets e todos se comunicando nos grupos de *Whatsapp* e *Facebook*. Também havia grupos em que os profissionais de saúde das UBS se falavam via rede social interconectada.

Tal experiência acendeu novamente a luz da inquietação para saber qual a influência da internet nessas relações que acontecem no âmbito da Estratégia Saúde da Família, considerada a mais importante porta de entrada do SUS. Na ocasião em que fui fazer fotos de médicos das UBS, observei que alguns usuários aguardavam atendimento navegando no Google. Um deles virou para mim e disse sorrindo: o dr. Google tem resposta para tudo, né?

Aí estava posta a questão que passava a me inquietar. O que acontece quando esse paciente, munido de respostas do “dr. Google”, entra no consultório médico? Qual a influência da internet na relação médico-paciente nessa nova rotina de trabalho da ESF? O que mudou na interação entre essas pessoas, ambas munidas de informações acessadas via plataforma Google? Em busca de respostas para esses questionamentos e visando aprofundar conhecimentos sobre o tema é que esta pesquisa tem início.

2. INTRODUÇÃO

A plataforma Google é considerada um verdadeiro "oráculo" tecnológico. Funciona como um sistema que varre a internet por meio de robôs, os *Googlebots*, que descobrem *sites* seguindo *links* relacionados às palavras digitadas, para exibir respostas relevantes à busca. Tal relevância segue uma ordem avaliada pelo algoritmo *Google Index*, que calcula o posicionamento das informações e exibe os resultados em décimos de segundos. (VASCONCELOS, 2017)

Uma a cada vinte buscas realizadas no Google é sobre saúde e o Brasil foi o país em que as buscas referentes ao tema mais cresceram em 2019. Os dados estão em pesquisa divulgada pelo Jornal O Estado de São Paulo. O estudo foi realizado pelo próprio Google e observou como os brasileiros pesquisam e consomem conteúdo de saúde na plataforma de busca e no YouTube, site pertencente ao conglomerado (CAMBRICOLI, 2019)

No Brasil, 26% das pessoas procuram primeiro o "dr. Google" ao se depararem com um problema de saúde. O índice se aproxima dos 35% que dizem procurar um médico. A reportagem destaca que enquanto apenas 25% dos brasileiros têm plano de saúde, cerca de 79% estão conectados à internet. Esses dados evidenciam a adesão ao uso da internet também entre os usuários do SUS.

Diante dos altos índices de pesquisas sobre saúde, o próprio Google criou os *Health Cards*, que aparecem no topo da página de buscas quando algum tema relacionado à saúde é pesquisado. Os *Cards* resumem informações sobre sintomas, formas de contágios, diagnósticos e tratamentos, alguns até com ilustrações e imagens, permitindo aos usuários uma síntese antes mesmo de clicar nos outros sites. Como veremos, a ferramenta foi bastante utilizada durante a pandemia de covid-19.

Seguindo a busca de um referencial teórico para fundamentar esse objeto de estudo, foram encontradas muitas pesquisas abordando especificamente a internet e relação médico-paciente em diferentes países. Entretanto, a maioria são estudos genéricos que investigam se usuários e médicos buscam informações na internet, quais os principais canais utilizados e os temas pesquisados. As respostas foram obtidas por meio de formulários eletrônicos, limitando-se a uma análise quantitativa (HALUZA *et al.*, 2017; ZHANG, *et al.*, 2018; PENG, *et al.*, 2019).

No Brasil, foi localizado apenas o estudo de Neder *et al.* (2017) tratando do assunto de forma qualitativa. Os pesquisadores entrevistaram cinco médicos e cinco

pacientes de um Centro de Saúde Escola em Belém para ouvir o ponto de vista deles sobre a influência da internet no relacionamento entre ambos.

A escassez de mais pesquisas científicas nesse contexto aponta, portanto, para a necessidade de novos estudos, principalmente no âmbito da Estratégia Saúde da Família, que é onde se localiza a maior parte dos atendimentos no SUS. Sendo assim, entendeu-se que o desenvolvimento de uma análise a partir das percepções dos sujeitos (médico e paciente) no contexto da ESF de um município inteiro pode contribuir bastante para a reflexão sobre essa questão.

Por isso, foi escolhido como campo desta pesquisa o município de Eusébio, localizado na Região Metropolitana de Fortaleza. Com mais de 52 mil habitantes, Eusébio tem a Estratégia Saúde da Família estruturada, com 100% de cobertura populacional. Além disso, o município integra o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), do Ministério da Saúde, e está em franca expansão imobiliária, o que reflete na diversidade de determinantes sociais em saúde aos quais os usuários dos serviços de saúde estão expostos.

Conforme foi constatado na construção do referencial teórico desta pesquisa, alguns autores consideram inevitável a mudança na tradicional relação entre médicos e pacientes, diante da influência das novas tecnologias e do *empowerment* dos usuários, por meio do acesso a uma gama de informações sobre saúde (SILVA, 2017; AKEEL; MUNDY, 2018).

Partindo desse pressuposto, considera-se interessante escutar os usuários da ESF sobre suas percepções e sentimentos acerca das possibilidades de acessar informações de saúde na internet e, a partir disso, seguir para a consulta médica. Compreender se e de que maneira ajudam ou atrapalham os achados de suas pesquisas Google durante o atendimento clínico nas Unidades Básicas de Saúde.

Por parte dos médicos, é relevante aprofundar os estudos acerca do que mudou na relação com esse “paciente *expert*” (GARBIN, 2008). Em que pontos o “dr. Google” é visto como um concorrente, colocando o profissional médico em um lugar de coadjuvante, ou segunda opinião. Mas entender também em que situações este é classificado como um aliado, no âmbito do atendimento clínico e numa perspectiva de Promoção da Saúde, que é uma das diretrizes basilares da Estratégia Saúde da Família e do SUS.

Outro ponto crucial a observar no decorrer desta pesquisa diz respeito aos “cardumes” de notícias falsas que circulam nos mares da internet e caem facilmente

nas redes do Dr. Google. A pandemia de covid-19 é emblemática para se ter uma ideia sobre o quanto as *fake news* se proliferaram e abafaram fontes confiáveis de informação, a ponto de serem caracterizadas como uma Infodemia. A OMS compreende o termo Infodemia como o excesso de informações sobre um tema específico, impulsionadas pelas incertezas diante de situações extremas, como uma pandemia, dificultando a identificação da precisão de conteúdo e de fontes idôneas (FREIRE *et al.*, 2021; OMS, 2020). Portanto faz-se fundamental investigar também a influência dessa infodemia nas relações médico-paciente.

Antes de sair a campo em busca de respostas e compreensões, mergulhou-se nos escritos acadêmicos acerca do tema. O primeiro passo deste trabalho foi realizar uma ampla consulta em artigos publicados em periódicos científicos, livros, teses, dissertações, resumos em congressos, notícias e demais textos disponíveis em formato impresso e digital. Com esse intuito foram organizados cinco temas que serão aprofundados um a um, conforme será visto adiante. São eles: Comunicação em Saúde, Estratégia Saúde da Família, Relação médico-paciente, Saúde Digital e Fake News.

Utilizando o Portal Periódicos CAPES foram inseridos os descritores acima nas principais bases de dados relacionadas às ciências humanas, sociais e da saúde. Mais de trezentos artigos científicos dos últimos cinco anos foram encontrados, dos quais utilizou-se os mais relevantes, atuais e afins ao objeto de pesquisa para construir o referencial teórico. Foram consultadas as bases Biblioteca Virtual em Saúde, *Scielo*, *Scopus* e *PubMed*. Consultado também o *Google Scholar*. A partir desse pilar da literatura científica, que é a pesquisa bibliográfica, o conteúdo coletado em campo foi analisado a partir das categorias: acesso à informação; habilidades de comunicação e uso da informação. A figura abaixo sintetiza a conexão entre descritores, categorias e o tema principal desta pesquisa.

Figura 1: Descritores e categorias de análise da pesquisa



Fonte: Elaborado pela autora, 2021.

Sobre Comunicação em Saúde entende-se que é um descritor estruturante para a compreensão do cuidado humanizado. Uma ferramenta importante para o aprimoramento de uma relação dialógica (FREIRE, 2013) entre médico e paciente. Quando as duas partes estão dispostas à interação e entendimento mútuo acontece a ação comunicativa (HABERMAS, 2003). Nesse contexto é possível um cuidado mais integrado, coordenado e resolutivo (PREVIATO; BALDISSERA, 2018). Encontrou-se que o desenvolvimento de ações à luz de conceitos como os de educomunicação e literacia em saúde podem abrir possibilidades para a participação de profissionais e usuários nas ações de Promoção da Saúde.

Nos estudos sobre a Estratégia Saúde da Família buscou-se compreender os princípios fundantes da Atenção Primária em Saúde e sua relação com os ideários democráticos nacionais e internacionais que deram origem ao SUS. Entendo que a ESF é o coração do SUS, onde pulsa a cidadania que ganha vida nas relações e ações comunicativas. É na ESF que todas as etapas do cuidado pedem o aprofundamento do vínculo entre profissionais de saúde e a comunidade, com relações horizontais. Por isso é tão importante compreender mais sobre esse tema antes de ouvir médicos e pacientes na pesquisa de campo (HOLANDA *et al.*, 2019).

Assim, buscou-se estudos sobre a transição do paradigma biomédico para o biopsicossocial com vistas a melhor compreender a relação médico-paciente no

contexto de uma sociedade interconectada. É nesse patamar que acontece um encontro de subjetividades entre as duas partes, reconstruindo significados acerca do processo saúde-doença frente aos desafios da contemporaneidade. Observou-se nos textos uma sólida conexão entre o modelo biopsicossocial e a atenção à saúde na ESF, com ações voltadas para a prevenção e promoção da saúde, baseadas em tecnologias do cuidado menos invasivas, mais holísticas, leves e integrais (CASTANEDA, 2019).

Encontrou-se também que a adaptação das habilidades de comunicação em tempos de internet deve fazer parte da rotina clínica de uma consulta. Peng, *et al.* (2019) defendem que é benéfica a discussão sobre informações online durante o diálogo médico-paciente. Entretanto, os próprios médicos devem ser moderadores da busca em plataformas como o Google, pois o conhecimento compartilhado gera empoderamento e confiança, refletindo em adesão e sucesso do tratamento (ZHANG, *et al.*, 2018; AKEEL; MUNDY, 2018).

Entretanto, como será visto na discussão do tema *Fake News*, a proliferação das notícias falsas na rede é um sério complicador na relação médico-paciente, tornando-se um grave risco à saúde individual e coletiva. A infodemia multiplica-se tão rapidamente quanto o Novo Coronavírus. Estudos apontam que o remédio para esse vírus infodêmico é a presença constante das autoridades sanitárias nas redes sociais, monitorando e corrigindo imediatamente as informações falsas (ALAA ABD-ALRAZAQ, *et al.*, 2020; AHMED, *et al.*, 2020).

Todas essas reflexões serão aprofundadas nos temas elencados para referenciar esse estudo do ponto de vista teórico. A partir do mergulho nesse conhecimento, somado às informações colhidas no dia a dia do trabalho na ESF Eusébio, pretende-se alcançar o objetivo maior dessa pesquisa que é conhecer como a prática de consultar a plataforma Google sobre temas de saúde influencia a relação médico-paciente, no âmbito da Estratégia Saúde da Família.

Importante ressaltar que a pesquisa de campo foi realizada durante um período crítico para a saúde pública mundial e local, o recrudescimento da segunda onda da pandemia de covid-19. A situação configurou-se como um grande desafio, tendo em vista o aumento da movimentação nas unidades de saúde, que impactou na rotina dos médicos e tempo disponível para entrevistas. Também o temor dos usuários em se contaminar, o que gerou um planejamento rigoroso para garantir a segurança sanitária nos grupos focais e ao mesmo tempo não atrapalhar o trabalho dos profissionais de saúde.

3. COMUNICAÇÃO EM SAÚDE - DIREITO DE CIDADANIA

A Comunicação é uma categoria basilar para este estudo por tratar-se de um processo estruturante para compreender a prática efetiva do cuidado humanizado. Um instrumento para o fomento das ações de promoção e educação em saúde, qualificando a interação entre médicos e pacientes. Por meio das ações de comunicação em saúde, os participantes do Sistema Único de Saúde, sejam profissionais ou usuários, podem adquirir meios de conscientizar-se acerca de direitos e deveres para com o SUS, de forma individual, em equipe, em comunidade etc. (MATOS, 2020; SOUSA, 2019).

Dessa forma, faz-se essencial aprofundar inicialmente os estudos sobre Comunicação em Saúde para a partir daí tentar compreender a influência desse novo canal comunicativo, que é a internet, no contexto da relação médico-paciente e no âmbito da Estratégia Saúde da Família.

Antes de adentrar na discussão dessa relação em si e na influência que novas tecnologias, como a plataforma Google, têm sobre ela é importante conhecer a que se propõe a Comunicação e quais as reflexões dos cientistas acerca de conceitos relevantes para essa pesquisa, especialmente considerando o cotidiano de trabalho das Equipes de Saúde da Família (EqSF).

A comunicação é uma necessidade humana básica do homem como sujeito social. Sobrepõe-se, portanto, aos meios de sua propagação, que são poderosos, mas comunicar-se vai além. Por meio da comunicação as pessoas se relacionam, influenciam-se mutuamente e transformam a realidade que as rodeia. Os canais para transmiti-la são elementos que dependendo da forma com que são utilizados proporcionam o desenvolvimento em vários níveis de saber. (BORDENAVE, 2005).

Na prática comunicativa em saúde, os lugares de interlocução entre os sujeitos que se comunicam são determinados pelo contexto, ou seja, espaços pré-construídos que trazem para a cena relações de poder saberes e redes de pertencimento. (ARAÚJO; CARDOSO, 2014). Embora impulsionada e modificada pela impessoalidade dos meios eletrônicos, a necessidade de comunicação pessoa a pessoa pode reacender no homem indivíduo a sua necessidade de ser homem social. (BORDENAVE, 2005).

Ao caracterizarem o campo Comunicação e Saúde, Araújo e Cardoso (2014) trazem um conceito de interseção social, política, estrutural e institucional, que circundam esses dois campos (comunicação e saúde), sendo a comunicação estruturante dos processos sociais. Trata-se de um espaço de lutas e negociações a

partir da produção de sentidos sociais, o que ultrapassa uma simples transferência de mensagens.

É fundamental associar o campo Comunicação e Saúde à noção de um direito de cidadania, que deve garantir às pessoas informações e condições suficientes para possibilitarem sua participação nas políticas de saúde e na condução de sua própria saúde. É preciso ir além do acesso e chegar à apropriação, partir do empoderamento para o apoderamento, no sentido mesmo de apoderar-se do conhecimento. Portanto, a luta pelo direito à comunicação é inseparável da luta pelo direito à saúde. (ARAÚJO; CARDOSO, 2014).

Comunicar-se não se trata apenas de buscar, receber e transmitir informação, mas sobretudo ser ouvido e compreendido na mensagem que se quer passar. Enquanto houver impeditivos para a plena realização desse direito, é dever do Estado promover a superação dessas desigualdades. Sendo assim, o acesso à comunicação é a garantia tanto da liberdade de expressão quanto do direito à informação. (INTERVOZES-COLETIVO BRASIL DE COMUNICAÇÃO SOCIAL, 2010).

O artigo 19 da Declaração Universal dos Direitos Humanos diz que *“toda pessoa tem o direito de procurar, receber e transmitir informações e ideias por quaisquer meios e independentemente de fronteiras”*. (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1948). Liberdade requer não apenas a ausência de limitações, mas a eliminação de restrições e a criação de instrumentos de acesso. (INTERVOZES-COLETIVO BRASIL DE COMUNICAÇÃO SOCIAL, 2010).

A democratização da comunicação cria condições para a garantia do exercício da cidadania e da participação popular, princípios constitutivos do SUS. Trata-se de um processo em que o indivíduo passa a ter voz ativa, o que aumenta a variedade de mensagens e influencia a qualidade da representação social. A horizontalização das relações altera a estrutura social a partir do desenvolvimento de uma consciência crítica que altera as relações de poder. (STEVANIM; MURTINHO, 2021).

Para Torres (2012), os princípios do SUS reforçam justamente essa necessidade de mudanças profundas nos modelos de comunicação com a sociedade, no que diz respeito à saúde. A centralidade do processo sai de um viés positivista focado na simples emissão de mensagens e evolui para uma prática recíproca, promovendo uma interlocução entre um conjunto de atores.

O sociólogo francês Dominique Wolton (2011) faz uma diferenciação entre informação e comunicação fundamental para este estudo. Segundo o pesquisador, a informação está ligada à mensagem e suas características técnicas, e a comunicação tem a ver com relacionamento, compartilhamento e interação entre indivíduos.

Existem também as situações de incomunicação, considerando que o receptor é um sujeito ativo no processo comunicacional. Ele não apenas recebe a mensagem, mas filtra, hierarquiza, aceita e pode recusá-la se entrar em confronto com seu modo de perceber o mundo. Ou seja, o receptor vive em constante negociação em relação às informações que recebe. Assim denomina-se incomunicação um processo baseado em relações verticais com diálogos limitados e de pouco alcance, conseqüentemente barreiras que dificultam a relação entre usuários e equipes de saúde. (WOLTON, 2011; SOUZA, 2016).

Tais reflexões corroboram com o pensamento de Paulo Freire (2013) de que a comunicação não implica em simplesmente transferir saberes para alguém, mas acontece no processo de coparticipação do sujeito, que recebe a mensagem e compreende o signifiante do significado. O autor sublinha que comunicação é diálogo, que pede reciprocidade e acontece em um encontro entre sujeitos interlocutores.

Durante o ato comunicativo, o sujeito deve levar em conta os condicionantes socioculturais dos envolvidos e inspirar-se em uma postura humanista. Para ele o termo se traduz em “esperançosamente crítico”, na medida em que por meio da comunicação é produzida uma libertação capaz de transformar a realidade (FREIRE, 2013).

Enquanto que o dialogismo freireano trata de acordos e interação, na reflexão de Bakhtin (1992) a produção de sentidos comunicativos remete mais a uma diferença de interesses expressa em uma multiplicidade de vozes, que correspondem a diversas posições na estrutura social, tornando a linguagem uma arena de embates e negociações. (ARAÚJO; CARDOSO, 2014).

Quando essa interação está voltada ao entendimento mútuo é que se dá a ação comunicativa conceituada por Habermas (2003). O que quer dizer um processo de interação e diálogo com vistas a um acordo sobre como agir, baseado em uma motivação racional. Uma ação que somente é possível quando os interlocutores estão dispostos a dialogar e até mesmo deixar-se convencer por argumentos capazes de

modificar sua atitude. A ênfase não é de persuasão, mas de entendimento e renegociação para alcançar objetivos em comum (HABERMAS, 2003)

Partindo dessas premissas, entende-se que produzir informação em quantidade não significa comunicar. Para emitir uma mensagem com o intuito de que ela seja compreendida, é preciso construir um vínculo, estabelecer confiança com o outro. Comunicar-se pode ser um processo lento e concorre com o grande volume de informações hoje disponíveis na internet de forma rápida e fácil (MELO *et al.*, 2018)

A essência da comunicação reside no processo de compreender e compartilhar mensagens emitidas e recebidas, de modo que as próprias mensagens e a sua interação influenciem o comportamento das pessoas envolvidas. Tal ação pode ocorrer de forma verbal, por meio da linguagem falada ou escrita e não-verbal, caracterizada por gestos, expressões faciais, tons de voz, transmitindo emoções e sentimentos. (ASSENHEIMER *et al.*, 2018).

Na saúde, é imprescindível a comunicação estar alicerçada em valores como a humanização e a integralidade do cuidado. Para o êxito do trabalho nas Equipes de Saúde da Família (EqSF), o desenvolvimento de competências comunicacionais contribui para a construção de um diálogo relevante tanto para a saúde do usuário, quanto para o propósito do profissional em desenvolver um cuidado integral (SOUZA, 2016; PREVIATO; BALIDESSERA, 2018).

A partir do diálogo, a comunicação em saúde navega entre a mediação do saber institucional e o protagonismo do indivíduo. As mensagens inseridas dentro e fora das instituições constituem uma rede de significações em que, não raro, manifestam-se na lógica de interesses institucionais em detrimento de uma comunicação que colabore para o fortalecimento da cidadania. (VELHO; VERMELHO, 2018; VARGAS; PINTO; MARINHO, 2019).

Cabe aos usuários e profissionais o papel de falantes e ouvintes nessa relação dialógica para que o agir orientado ao entendimento possa dar voz aos usuários, considerar o contexto em que vivem e aproximar os profissionais dessa realidade. No âmbito da ESF, a Visita Domiciliar (VD) traz essa possibilidade de vivência, fortalecendo o vínculo e a construção de um conhecimento que vai além do processo saúde-doença. Entretanto, o atendimento de médicos e enfermeiros durante a VD por vezes tende a ser uma extensão do consultório, com práticas formais contidas no ambiente institucional e uma abordagem centrada na doença. (DIAS; MONTEIRO, 2018).

A VD é uma oportunidade para aprofundar uma comunicação interprofissional entre a própria equipe de saúde, permitindo um cuidado integrado, coordenado e mais resolutivo. A postura de diálogo e, ao mesmo tempo, de escuta da pessoa inserida em seu ambiente familiar favorece uma prática colaborativa para a tomada de decisões compartilhadas. (PREVIATO; BALIDESSERA, 2018).

A capacidade de se estabelecer esse diálogo é que permite a humanização da assistência. Uma linguagem clara e de fácil entendimento adquire uma importância proporcional à realização de um procedimento técnico, a partir do momento em que o profissional simplesmente transmite segurança e a credibilidade, diminuindo a ansiedade do paciente. (ASSENHEIMER, *et al.*; 2018).

Nesse ponto, a comunicação verbal e a não-verbal compõem os elementos que sustentam o cuidado, possibilitando uma relação interativa fundamental para identificar as necessidades da pessoa que é cuidada. Isso inclui a compreensão de mensagens não-ditas, mas importantes para uma assistência humanizada e personalizada. (TORRES, 2017).

Esse contexto evidencia a relevância da ESF, que tem seus princípios voltados às ações de promoção da saúde. Sua própria estrutura pressupõe uma aproximação entre profissionais e família, o que requer domínio das habilidades de comunicação para um relacionamento terapêutico e interpessoal.

A capacitação dos profissionais de saúde em habilidades comunicacionais é uma necessidade da Atenção Primária em Saúde, tendo em vista que a comunicação é um fio condutor que leva a uma assistência humanizada no cotidiano de trabalho das EqSF. (TORRES, 2017).

A ausência de investimentos em capacitação nesta área pode transformar-se em fator de angústia para profissionais, que muitas vezes aprendem a comunicar-se no contexto limitado de transmitir corretamente uma informação, sem adentrar na interação dialógica com o usuário. (DIAS; MONTEIRO, 2018).

No caso da formação em Medicina, a capacitação em habilidades comunicacionais desde o internato, baseado em atitudes como a orientação clara dispensada no atendimento e durante a realização de exames, reflete no fortalecimento do vínculo do usuário não somente com o profissional, mas com o próprio serviço de saúde. (CRUZ; ROCHA; GIAXA, 2018).

Ribeiro *et al.* (2021), ao analisar a percepção de acadêmicos de Medicina em relação à comunicação de más notícias, evidenciaram que embora a competência

comunicacional esteja incluída nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) da graduação desde 2014, poucas universidades valorizam o ensino da Comunicação.

Segundo o estudo, no quesito lidar com as emoções do paciente em uma perspectiva comunicacional, predominaram as aulas teóricas (41%), nenhum treinamento (39%) e a observação da prática de profissionais (38%). No grupo focal da pesquisa, os internos apontaram a necessidade de um treinamento mais sistematizado em comunicação ao longo da graduação.

Os internos também consideraram que a comunicação é a principal dificuldade na relação entre médico e paciente. Concorda-se com os pesquisadores quando apontam que uma interação adequada entre esses dois sujeitos é condição fundamental para conciliar raciocínio clínico e aspectos psicossociais.

3.1. LITERÁCIA EM SAÚDE E EDUCOMUNICAÇÃO

Conhecer conceitos como Educomunicação e Literácia em Saúde auxiliam na tarefa de compreender a relação entre usuários e profissionais de saúde, proporcionando uma reflexão sobre o papel destes últimos como educadores e comunicadores. A Educomunicação é um conhecimento que nasce de uma interface entre Comunicação e Educação e se dá em um contexto educacional caracterizado pelo diálogo horizontal e interdisciplinar, cujos métodos também podem ser aplicados com sucesso na saúde (COSTA, 2019).

Segundo Viana (2018), a Educomunicação significa aprendizagem para intervenção social e pode ser compreendida como um conjunto de princípios teóricos-metodológicos que orientam um modelo democrático e participativo dos processos comunicacionais.

Estudos apontam que ampliando o direito à comunicação, a Educomunicação facilita a apropriação das tecnologias da informação para produção e compartilhamento de conteúdo. A partir do acesso a informações por meio dos canais tecnológicos, a prática permite o desenvolvimento de metodologias revolucionárias de ensino, estimulando uma postura crítico-reflexiva das pessoas (NISHIZIMA; ARAÚJO, 2020; ALMEIDA, 2016).

Educomunicação não significa apenas capacitar para uma habilidade no manuseio dos dispositivos eletrônicos, mas estimular uma consciência crítica diante da realidade em mutação. É um processo a ser construído com a ação direta das pessoas,

que aprendem a usar as tecnologias a seu favor e atuam para além da mera reprodução de planos e tarefas (VIANA, 2017; CITELLI, 2019).

Já a Literácia em Saúde é definida pela Organização Mundial de Saúde (1988) como um conjunto de competências cognitivas e sociais dos indivíduos para, ao acessarem a informação, compreenderem e usarem de maneira que promovam e mantenham boa saúde. No Brasil, o tema despertou o interesse de pesquisadores após a implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PERES *et al.*, 2017).

A Literácia é uma comunicação que se desloca de um papel instrumental para se articular à complexidade dos sistemas sociais, numa dimensão de interação e mediação que estimula a participação dos sujeitos nas ações de promoção da saúde. Aplicada à prática da saúde, supõe que se o profissional tiver conhecimento de comunicação reunirá condições de dialogar a partir das questões trazidas pelo paciente, bem como incentivá-lo a participar das decisões que dizem respeito a sua própria saúde. (VARGAS; PINTO; MARINHO, 2019; ALMEIDA, 2019).

Aprofundar essas questões leva a uma reflexão acerca da influência da inclusão digital no empoderamento das pessoas, no sentido de abrir um mundo de conhecimentos que antes não estava acessível. Tal processo emerge a partir do desenvolvimento do pensamento crítico. Não se trata de dar poder as pessoas, mas torná-las capazes de conquistar poder sobre suas próprias vidas, impactando nas relações sociais e no fortalecimento de uma cidadania plena. (JOAQUIM; PESCE, 2018).

Visando compreender a relação entre a comunicação em saúde como um direito de cidadania e sua aplicação no cotidiano de trabalho das ESF faz-se necessário aprofundar o conhecimento acerca dos princípios basilares do SUS e o papel da ESF dentro do Sistema, tendo em vista que a Estratégia é o ambiente mais favorável à realização das ações de comunicação e educação em saúde, primordiais para a consolidação dos pilares democráticos de um sistema universal.

4. O SUS E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem suas diretrizes estabelecidas na Lei Orgânica da Saúde, 8.080/90, que é respaldada nos artigos 196 a 200 da Constituição Federal (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990a). São princípios estabelecidos em Lei a universalidade do acesso, integralidade e equidade da assistência. Tais valores basilares dialogam com os ideais democráticos e encontram na Atenção Primária à Saúde (APS) e ESF ambiente e estrutura para desenvolvê-los em sua plenitude por meio de ações dialógicas e participativas. Não por acaso, esse modelo de atuação é tido como fundamental em uma sociedade que priorize o desenvolvimento com justiça e participação social (GIOVANELLA, 2018; SOUSA et al, 2019; ALMEIDA, 2018).

Considera-se importante para esta pesquisa compreender as ideias fundantes da APS, resgatando documentos históricos como a Declaração de Alma-Ata sobre Cuidados Primários de Saúde, fruto da I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em 1978 pela Organização Mundial de Saúde e UNICEF na capital do Kazaquistão.

Alma-Ata é considerada um marco por reconhecer a APS como um modelo ideal para os sistemas mundiais. A carta trouxe por consenso a Promoção e Proteção da Saúde como fatores essenciais para o desenvolvimento econômico e social, evidenciando o potencial da APS para além dos enfoques centrados na doença (SILVA, 2019; MENDES, 2004;).

Na mesma direção, a Carta de Ottawa sobre a Promoção da Saúde, respaldada em uma conferência realizada no Canadá em 1986 e que identificou campos de ação para a promoção da saúde, adicionou ao debate a importância da equidade, que significa tratar desigualmente os desiguais (MENDES, 2004).

No Brasil, a VIII Conferência Nacional de Saúde, que aconteceu também em 1986, referendou os movimentos internacionais, alimentando-se do desejo de redemocratização do país, que findava uma ditadura de vinte anos. Ali, a sociedade civil organizada aprovou o conceito de saúde como um direito do cidadão e delineou estratégias para a gestão e transferência de recursos entre os entes federal, estaduais e municipais (PAIM *et al.*, 2011).

O relatório final, que orientou a Comissão Nacional de Reforma Sanitária, em 1987, e a própria Constituição Federal Cidadã, em 1988, simbolizavam um encontro do Movimento Municipal de Saúde (MMS) com o Movimento de Reforma Sanitária, possibilitando um diálogo sobre experiências que já evidenciavam práticas

de atenção integral, equitativa e universalizada à saúde, consolidando os princípios fundamentais do que viria a ser o SUS (SANTOS, 2016).

4.1. DEMOCRACIA, SUS E A ESF

O contexto histórico fortalece a relação entre os princípios basilares do SUS e os ideários democráticos. De forma que o SUS nasceu respaldado no artigo 196 da Constituição Federal, afirmando que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, assim como no artigo 6º da CF, que garante como responsabilidade do Estado fornecer as condições de determinantes sociais para o estabelecimento da saúde em seu sentido pleno (SOUSA *et al.*, 2019).

Dialogando com esses princípios, a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), instituída em 2006, compreende os DSS como fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população.

Ribeiro (2015) propõe um ajuste ao modelo adotado pela OMS para análise de áreas urbanas e sugere a inclusão dos itens segurança, energia elétrica, saneamento básico, mobilidade urbana e assistência social. Para a autora, é preciso reconhecer as especificidades dos DSS na saúde das populações cuja vida é marcada por iniquidades.

Assim, em uma trajetória de três décadas marcadas por conquistas e desafios, a APS, por meio da ESF, mostra ser o caminho para trabalhar com o devido reconhecimento da importância dos DSS para a promoção e prevenção da saúde, tal como ensinam os princípios de Alma-ata e de outros movimentos nacionais e internacionais, que deram vida ao SUS, mas que aparentemente moram no terreno dos horizontes utópicos (SOUSA *et al.*, 2019; SILVA, 2019; ALMEIDA, 2018).

O sonho democrático ganhou traços reais registrados ao longo da história da ESF, que nasceu na década de 80 em um cenário de absoluta miséria, conseguindo reverter indicadores significativamente. A primeira experiência que priorizou a APS no país foi institucionalizada em 1987, com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), desenvolvido em um cenário de seca no Ceará.

Durante o programa, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) trabalhavam sob a coordenação de enfermeiros e visitavam domicílios de suas comunidades, desenvolvendo atividades de orientação e acompanhamento da saúde de crianças menores de dois anos e gestantes. O resultado foi uma queda na taxa de

mortalidade infantil de 60 por mil nascidos vivos (1981) para 25 por mil nascidos vivos (1990) (BARRETO *et al.*, 2018).

O próximo passo marcante dessa história começou no município de Quixadá, em 1993. A experiência da Secretaria Municipal de Saúde aconteceu a partir de uma nova composição das equipes de saúde, agora coordenadas por médicos. O modelo foi adotado pelo Ministério da Saúde em 1994, como Programa Saúde da Família (PSF), com o propósito de mudar o foco da assistência para a promoção da saúde e prevenção de agravos (BARRETO *et al.*, 2018; CARVALHO *et al.*, 2019).

Os resultados exitosos do PACS e PSF evoluíram para a implantação da ESF, cuja própria nomenclatura já sinalizava a mudança de patamar, passando de programa à política pública protegida de discontinuidades. Uma estratégia criada para orientar o reordenamento do cuidado a partir da Atenção Básica. A ESF, formada por uma equipe multiprofissional de saúde, passou a ser um modelo estruturante, atuando prioritariamente nas ações de promoção e prevenção da saúde (SOUSA *et al.*, 2019; CARVALHO *et al.*, 2019).

Um estudo que analisou a implementação da APS no Nordeste, entre 1998 e 2016 apontou que em 1998 apenas 22% dos municípios possuíam Equipes de Saúde da Família (EqSF). Dados do Ministério da Saúde de 2017, trinta anos após a primeira experiência, revelam que a ESF abrange 97,5% dos municípios em âmbito nacional, atendendo 146 milhões de pessoas, ou 70,2% da população brasileira (BARRETO *et al.*, 2018; CARVALHO *et al.*, 2019).

Nessa trilha, o SUS consolida seu viés democrático de descentralização e participação da sociedade, por meio de instrumentos de gestão compartilhada entre os entes, referenciados a partir da Lei 8.142-90. A expansão dos serviços da APS pelo país, em áreas remotas e desfavorecidas, a organização em redes e a busca pela atenção integral foram as metas almejadas ao longo das últimas três décadas (GIOVANELLA, *et al.*, 2018; BRASIL, 1990b).

A Portaria 4.279/2010 estabeleceu as diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS. O documento considerou a regionalização como uma diretriz do SUS, orientando a descentralização das ações e serviços de saúde. Mais tarde, o Decreto 7.508/11 regulamentou a Lei 8.080/90 e assegurou a continuidade do cuidado, definindo que a integralidade da assistência se inicia e se completa na Rede de Atenção à Saúde, mediante referenciamento do usuário na rede regional e interestadual (BRASIL, 2010; BRASIL, 2011).

O Decreto 7.508/11 também referendou a APS como porta de entrada do SUS. Nessa condição, é na ESF onde preferencialmente as pessoas devem buscar respostas para seus problemas de saúde. Como primeiro nível de atenção, a ESF deve oferecer um olhar para além da doença, mais preocupado em estabelecer relações e vínculos com a comunidade. Por tudo isso, para alcançar uma interação resolutiva, os profissionais das EqSF precisam conhecer o território e as pessoas que nele habitam e cultivar com estes uma relação dialógica (SOUZA, 2016; BRASIL, 2011; CAMPOS *et al.* 2014).

Starfield (2002) classificou os atributos da APS em essenciais e derivados. São essenciais: acesso e primeiro contato; longitudinalidade ou atenção continuada ao longo do tempo; integralidade; coordenação e gestão do cuidado integral. Como derivados estão a orientação familiar com uso de ferramentas para abordagem; orientação comunitária a partir do reconhecimento das necessidades de saúde da comunidade e, por fim, a competência cultural; que requer a adaptação da EqSF às características culturais da população.

Dessa forma, o modelo de atuação da ESF é caracterizado por um processo onde todas as etapas do cuidado são interdependentes e necessitam da integração equipe-comunidade em seu território de atuação. Para tanto, é necessário o estabelecimento de relações horizontais, de forma que o próprio usuário seja partícipe do cuidado e a equipe perceba os determinantes sociais que influenciam o processo saúde-doença (HOLANDA *et al.*, 2019).

4.2. ESF, O ELO ENTRE A POPULAÇÃO E O SUS

A Estratégia Saúde da Família representa o mais alto grau de descentralização e capilaridade no âmbito do SUS. Trata-se do centro de comunicação das RAS e tem o papel de viabilizar o acesso universal à APS. A ESF é considerada o elo entre a população e o SUS, pois no seu ambiente permite a construção de vínculos, relação de afetividade e confiança. A ESF busca entender a família em seu espaço social, rico em interações e conflitos (ANDRADE *et al.*, 2018).

O investimento em ações de educação popular e educação permanente favorecem essa atuação colaborativa entre profissionais e comunidade, com vistas a despertar a consciência participativa do usuário em prol do seu cuidado individual e comunitário, além de valorizar o trabalho em equipe (HOLANDA *et al.*, 2019).

Estudo realizado por Ribeiro *et al.* (2018) ressaltou que educação e saúde se influenciam mutuamente e que o acesso à escola é relevante para a criação de ambientes saudáveis, na perspectiva da promoção da saúde. Os autores observaram que a educação da mãe, por exemplo, é uma variável importante na redução da mortalidade infantil (RIBEIRO *et al.*, 2018).

Outras práticas educativas trabalhadas no cenário da saúde, como terapia comunitária e rodas de conversa em que são refletidos assuntos levados pela própria comunidade, abrem perspectivas para a conscientização e autonomia dos cidadãos. Entretanto, barreiras como relações de poder dentro da EqSF, associadas à predominância de um modelo biomédico e sobrecarga de trabalho, impedem o avanço de metodologias ativas que poderiam ser mais exploradas. (SANTOS, 2016).

A ESF também se apresenta como um ambiente favorável à implementação de novas práticas comunicativas com vistas a relações mais democráticas. O cotidiano de trabalho das EqSF possibilita o diálogo, em vez da mera transmissão vertical de informações. Por seu caráter descentralizado e próximo da comunidade, é nesse cenário que as práticas comunicativas encontram mais espaço para fortalecer a participação social no SUS (SOUZA, 2016).

A comunicação por vezes é utilizada para atender interesses específicos, que podem ser da gestão, dos profissionais ou dos próprios usuários. Motivando, por exemplo, a divulgação de ações e serviços; organização das atividades ou mesmo a busca pelo atendimento rápido, visibilidade etc. (SOUZA, 2016). Tais situações colocam as práticas comunicativas, no âmbito da ESF, como determinantes para a eficácia do trabalho em equipe e na comunidade.

4.3. DESAFIOS PARA A ESF

Entre outros desafios na implementação da ESF, estão a fragmentação do cuidado, especialmente o mix público-privado, que impacta diretamente no acesso ao sistema. A combinação da busca por consultas ambulatoriais e exames na esfera privada prejudica o acesso por meio da porta de entrada preferencial (ALMEIDA, 2018).

Mais uma questão que contribui para a fragmentação da APS é a porta de entrada por meio das emergências e Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), o que pode ser contornado somente com a garantia do acesso, visto que os usuários têm papel ativo na construção de seu plano terapêutico e vão procurar pontos de atenção que respondam às suas necessidades (ALMEIDA, 2018).

Silva (2019), que em seu estudo tratou sobre a qualidade do cuidado na ESF, enumera pontos a serem melhorados para garantia do acesso: uso do acolhimento como barreira ao acesso; falta de profissionais capacitados e dificuldades em dar seguimento ao tratamento.

Ao apontarem algumas ineficiências, os usuários enfatizaram a necessidade de mudanças, não o fim do sistema. Silva (2019) infere que os usuários entendem qualidade como assistência humanizada, acesso e vínculo com os profissionais, o que reforça a importância da APS para o sistema de saúde, visto que deve ser preferencialmente o primeiro contato.

Em relação às mudanças no perfil epidemiológico da população brasileira, Sousa *et al.* (2019) afirmam que a APS, no âmbito da ESF, é o modelo que apresenta maior capacidade de dar as respostas que o sistema de saúde precisa. Diante do aumento significativo das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), somados ao envelhecimento da população e às altas taxas de violência urbana, o cuidado curativo e hospitalocêntrico apresenta-se como uma alternativa ineficiente, cara e inacessível (BARRETO *et al.*, 2018; SOUSA *et al.*, 2019).

FACCHINI *et al.* (2018) destacam que a crescente demanda da população idosa e de pessoas com problemas crônicos de saúde reforçam a necessidade de uma presença mais efetiva dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF), como um suporte de qualidade complementar às EqSF. Assim como estratégias tecnológicas de supervisão à distância, que poderiam fortalecer a abordagem matricial e a coordenação do cuidado.

Nessa perspectiva, os sistemas universais devem buscar políticas de atenção à saúde que priorizem estratégias baseadas no cuidado integral e preventivo, em detrimento do atendimento clínico e reativo. É preciso sair da lógica de segmentação do indivíduo, para perceber um ser humano que está inserido em um determinado ambiente econômico e social que impacta na sua saúde. O que significa priorizar a saúde como um direito. (SOUSA *et al.*, 2019).

O modo de atuação da ESF, embora com incompletudes, é o caminho mais viável para a formulação e implementação de uma política de saúde que valorize a justiça social em detrimento dos interesses do mercado, tal como propôs a Declaração de Alma-Ata. (ALMEIDA, 2018).

Aprofundada essa reflexão, adiante será analisada a relação médico-paciente no contexto da ESF e as influências das novas tecnologias que, por meio da internet, permitem o acesso a uma miscelânea de informações sobre saúde antes ou depois da visita ao consultório.

5. RELACIONAMENTO MÉDICO-PACIENTE E A INTERNET (DR. GOOGLE)

O grande propósito desse estudo é conhecer a influência de pesquisas na internet na relação médico-paciente, no âmbito da Estratégia Saúde da Família. Para a compreensão da relação médico-paciente é importante que se perpassasse pelos temas: transição do modelo biomédico para o biopsicossocial; juridificação da relação; empatia; habilidades de comunicação; relacionamento em tempos de internet e conhecimento compartilhado a partir das novas tecnologias. Nessa trilha, a análise começa buscando compreender a fissura do paradigma biomédico.

5.1. MODELO BIOMÉDICO E MODELO BIOPSIKOSSOCIAL

O modelo biomédico foi constituído na transição do Século XVIII para o XIX baseado na concepção cartesiana de dividir mente e corpo. Ou seja, compreender o ser humano separando a parte orgânica de sua psique. Segundo esse paradigma, as doenças seriam causadas por agentes externos atuando nos órgãos e tecidos corporais. Já o modelo biopsicossocial reconhece a multiplicidade de fatores biológicos, psicológicos e sociais que levam uma pessoa a adoecer. Sendo assim, o indivíduo deve ser tratado em sua integralidade e também deve ser partícipe dos cuidados com sua própria saúde. (DE MARCO, 2010; ARAGÃO, 2019).

A consolidação do modelo biomédico data de séculos. Segundo Foucault (2014), em plena revolução industrial, meados do Século XVIII, a Medicina era utilizada como um instrumento de controle do corpo biológico, visto essencialmente como força produtiva. O corpo era controlado de modo que fosse capaz de trabalhar. A disciplina corporal tornava possível um saber sobre o corpo.

Ao observar o paciente, o médico olhava para a crise e a melhor forma de curá-la. Seu empenho baseava-se em conseguir a vitória da saúde sobre a doença. A atuação desse profissional limitava-se à prescrição de receitas. Entretanto no início do Século XIX, com a organização dos hospitais, a clínica tornou-se essencial. O hospital passou a ser um local de acumulação de saber onde o indivíduo era objeto de prática e o médico a autoridade do conhecimento. O relacionamento impessoal reduzia qualquer aproximação afetiva entre os dois personagens para garantir a objetividade, o controle e a disciplina. (FOUCAULT, 2014).

Na visão foucaultiana, a atitude do paciente de buscar uma colaboração igualitária com seu médico, por meio de informações relevantes e atitudes de

autocuidado, pode ser interpretada como uma forma de resistência (KNORST; JESUS; JUNIOR, 2019).

Ao paciente sempre era designado o papel de submissão às decisões do médico, sem questionar ou contestar diagnóstico e tratamento. Um ínfimo ser débil e sem vontade. Já o médico encarna a figura do pai, que cuida e não pode ser desobedecido. Ao mesmo tempo em que opiniões, sentimentos e crenças devem ser ignorados em nome de um processo terapêutico objetivo e controlado (ARAÚJO, 2015; MINAHIM, 2020).

O modelo hospitalocêntrico e centrado na clínica médica limita a prática do cuidado humanizado, no contexto da promoção da saúde. Os desafios da saúde contemporânea impõem o uso de tecnologias leves trabalhadas no contexto interprofissional causando uma fissura de paradigmas. Enquanto o modelo biomédico é caro, fragmentado e de baixa resolubilidade, o modelo biopsicossocial volta-se ao cuidado integrado e a busca da qualidade de vida, práticas basilares do SUS, especialmente desenvolvidas na ESF. (CASTANEDA, 2019; SOUSA *et al*, 2019).

Assim, o paradigma biopsicossocial configura-se como uma alternativa ao modelo curativista. Entretanto, a aplicação de suas concepções ainda está em processo de efetivação pelos sistemas de saúde. Desafio que requer ações integradas e interdisciplinares, com participação ativa de usuários e profissionais na produção de saúde. A transição do modelo biomédico para o biopsicossocial implica ressignificações dos conceitos de saúde-doença, tratar-cuidar e da própria noção de saúde coletiva (PEREIRA; BARROS; AUGUSTO, 2011; ARAGÃO, 2019).

No modelo biopsicossocial a subjetividade, as emoções e afetos tornam-se elementos essenciais. O cuidado gera uma reconstrução de significados sobre saúde, doença, qualidade de vida, autonomia, um novo modo de olhar o mundo e se relacionar com o outro que supera a racionalidade biomédica. Trata-se de olhar para além da doença e considerar o conhecimento, as experiências e modo de vida das pessoas. (PEREIRA; BARROS; AUGUSTO, 2011).

A relação médico-paciente é configurada neste modelo como um encontro de subjetividades construídas a partir de uma escuta compartilhada. Tal encontro pode contribuir para uma participação ativa do paciente na produção da sua própria saúde e no meio em que vive, refletindo na saúde coletiva. (ARAÚJO, 2015; BERNARDO, 2020).

Por outro lado, o modelo biopsicossocial traz o indivíduo como um ser ativo e capaz de agir sobre o meio em que vive, devendo assumir responsabilidades para com a sua própria saúde. Ele sai do papel passivo para participar efetivamente das decisões de seu tratamento. Conforme será visto a seguir, essa busca por autonomia pode fomentar uma relação embasada puramente nos preceitos legais, em vez de uma comunicação dialógica, considerada a ideal.

5.2. JURIDIFICAÇÃO DA RELAÇÃO

Visando equalizar essa relação assimétrica de subordinação do paciente e paternalismo beneficente do médico, vai ganhando força no final do Século XX o conceito de autonomia, concretizado na juridificação (MINAHIM, 2020).

Mesmo diante da autoridade que detém em razão do conhecimento científico, o médico tem sua atividade cada vez mais regulada pela letra fria da lei. O paciente busca na autonomia uma simetria nessa relação e comemora o fato de poder responsabilizar o médico pelos atos praticados no exercício da profissão.

O Direito abre espaço para essa responsabilização em inúmeros instrumentos como o próprio Código Penal Brasileiro (CPB), que em seu artigo 146 trata das lesões corporais. A deontologia da categoria médica e seus conselhos corporativos também tratam do assunto, no sentido de orientar e proteger os profissionais.

O valor da autonomia no Direito Penal chega a ser superior em hierarquia à própria vida. Situação que pode inibir soluções espontâneas e uma aproximação natural entre médico e paciente, gerando uma relação artificial e calculada. (MINAHIM, 2020).

A autonomia do paciente o reconhece como um indivíduo que reúne condições para decidir sobre o tratamento sugerido pelo médico, ou mesmo a não se submeter a nenhum. Traduzido na norma jurídica, significa consentimento (MINAHIM, 2020).

Nesses termos, o Conselho Federal de Medicina, na Resolução 01-2016 recomenda o consentimento livre e esclarecido, que atribui ao médico a responsabilidade de cultivar uma relação intersubjetiva e simétrica com o paciente. A orientação é que a partir de informações claras que possibilitem ao paciente a ciência da situação, este possa posicionar-se diante da proposta terapêutica, protegendo também o ato médico (PAZINATTO, 2019).

Ao informar o paciente claramente de sua condição de saúde, o médico não transfere para este a responsabilidade dos seus atos. Trata-se de possibilitar uma escolha que vai definir sua qualidade de vida, o que deve ser feito também com auxílio do próprio médico, familiares e/ou responsáveis. O paradoxo da responsabilidade está na avaliação da condição de autonomia do paciente ficar a cargo do médico, pois este corre o risco de considerá-lo vulnerável para saber dos detalhes de sua real situação. É neste ponto que o olhar subjetivo do profissional faz a diferença. (PAZINATTO, 2019).

De fato, a subjetividade configura-se como o grande componente dessa nova relação médico-paciente, que supera as barreiras da autoridade médica estimulando a outra parte a tomar decisões sobre a própria saúde. Para esse compartilhamento de saberes, a comunicação aparece como elemento essencial no desenvolvimento de empatia, confiança e conseqüentemente um bom êxito para ambas as partes. (PEREIRA, 2011; PAZIANATTO, 2019).

5.3. COMUNICAÇÃO E EMPATIA

Em seus estudos sobre a Medicina Centrada na Pessoa, Stewart (2014) refletiu sobre os componentes da relação médico-paciente, destacando que a meta é estabelecer entre as duas partes uma aliança de trabalho ou terapêutica. Para tanto é preciso ir além do método clínico convencional, ou modelo biomédico, investindo em uma relação empática, cujo cerne é a conquista da confiança. O autor reconhece que para a construção de tal relação são necessários constância e continuidade do cuidado. A parceria é sustentada por elementos como empatia, esperança e compartilhamento de poder.

Em pesquisa realizada com as usuárias do Centro de Saúde Norte - Campinas, Lopes (2018) ouviu das entrevistadas que acolhimento e boa comunicação estão entre as principais qualidades esperadas de um médico. Uma recepção em tom alegre e uma explicação pausada e detalhada animam o paciente. (LOPES, 2018).

Ao contrário da formalidade característica do modelo biomédico, os pacientes apreciam a amizade, o vínculo e afinidade. Ser amigável não quer dizer uma distorção de comportamento profissional. Principalmente no caso das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), cujo acompanhamento precisa ser contínuo, o deslocamento do biopoder para uma relação amigável reflete na adesão ao tratamento e satisfação do paciente que inclusive procura novas formas de sociabilidade para além

das relações tradicionais de assistência à saúde. Algo bem característico da ESF, com seus grupos e atividades para acompanhamento de pacientes com diabetes, hipertensão etc. (LOPES, 2018).

A percepção do paciente sobre a empatia médica é bem diferente da que o próprio médico possui em relação a si mesmo. Isso mostra a necessidade de reflexão e capacitação nessa área, considerando também a visão de quem é cuidado. É importante diferenciar empatia de simpatia. A primeira é uma compreensão racional da experiência do outro, com a intenção de ajudar, enquanto a simpatia traz o componente emocional, o sofrer junto com o outro. (BERNARDO, 2019).

Na visão de Carl Rogers (1975), empatia significa a capacidade de colocar-se no lugar do outro como se fosse, porém, lembrando o condicionante "se". Para exercê-la é necessário que a pessoa tenha a segurança para lidar com os próprios julgamentos, evitando assim o ouvir contaminado por ideias pré-concebidas.

Indo além do sentimento de empatia está a compaixão, onde é possível proporcionar sentimentos de preocupação, cordialidade e cuidado com o outro, motivando-o a melhorar seu bem-estar a partir de emoções positivas que neutralizam os efeitos negativos. Porém, sem esquecer de si próprio, de quem você é e do que é capaz. (ARANTES, 2019)

A partir de estudo realizado com médicos e residentes em ambulatórios clínicos e cirúrgicos e hospitais em São Paulo, Bernardo (2019) aponta características no ambiente de trabalho que podem influenciar negativamente na empatia médica. Nessa lista está a utilização de recursos tecnológicos para o diagnóstico como um fator que colabora para um contato menos acolhedor. Há também a redução do tempo das consultas, as exigências dos superiores para redução de custos, a sobrecarga de trabalho e até mesmo o exemplo negativo de tutores, tratando o paciente de forma mais fria e distante.

O estudo, que também considerou o ponto de vista dos pacientes, encontrou que a percepção de empatia é influenciada por fatores como: gênero, idade, especialidade, atendimento público ou privado. Outro ponto é que a consulta de retorno é a que mais evidencia o sucesso no desenvolvimento da relação médico-paciente. (BERNARDO, 2019).

A empatia requer um clima onde devem ser cultivadas atitudes de respeito e confiança. Um profissional considerado competente pode ter a eficácia limitada se não for capaz de desenvolvê-la. E a comunicação é considerada o principal instrumento

para a prática da empatia. Comunicar vai permitir conhecer o paciente e não somente a doença que o afetou, um relacionamento que por si só já oferece um efeito terapêutico. Por isso a necessidade de capacitar os profissionais de saúde não apenas nos aspectos tecno científicos, mas trabalhar também a subjetividade humana. (LOPEZ; RONQUILLO; CONCEPCION, 2019)

5.4. A COMUNICAÇÃO ESTÁ NOS DETALHES

O estudo de Lima (2018) observa que o ruído de comunicação médico-paciente é concretizado a partir de detalhes como a letra do médico, tradicionalmente de difícil leitura e compreensão. A autora aponta as estratégias de retextualização da receita, que acontece após a consulta médica. As informações da receita assumem outros formatos de leitura e interpretação da orientação médica. Segundo o autor, os pacientes se utilizam de estratégias como escrever no verso da receita para explicar a si mesmo o tratamento, com uma letra de fácil compreensão e até anotar os lembretes de horário e quantidade na caixa do medicamento. Na visão do autor, são maneiras de interligar a própria experiência à interação com o médico, que poderiam ser facilitadas.

Uma pesquisa que analisou *layouts* de consultórios médicos em todo o mundo inferiu que a posição da mesa difere internacionalmente, dentro dos países e de acordo com o ano de graduação e o sexo do profissional. No Brasil, a maioria dos *layouts* traz as cadeiras organizadas perpendicularmente ou lado a lado, o que demonstra a disposição do médico para um trabalho em equipe e a instrução do paciente (FLOSS; HOEDEBECKE; VIDAL-ALABALL, 2018).

A pesquisa apontou que modificar o design dos consultórios pode abrir novas oportunidades de interação entre os clínicos gerais e seus pacientes. Porém, os autores alertam que os computadores na sala podem interferir na relação médico-paciente, seja aumentando a precisão do registro, a organização do contato ou mesmo contribuindo para a dispersão por meio, por exemplo, da navegação durante a consulta.

O processo de comunicação deve ser otimizado nos diferentes meios em que ocorre, seja na consulta presencial ou em outros canais. Para tanto, é necessário o desenvolvimento por parte dos médicos de algumas habilidades tais como a escuta ativa, a percepção de sinais verbais e não-verbais, uma adaptação da linguagem ao nível de compreensão do paciente e a pactuação do plano terapêutico. (LIBERALI, 2018)

Zabar *et al* (2019) estão de acordo que a qualidade da comunicação reflete positivamente na saúde do paciente. Seu estudo aponta que as atitudes educativas de orientação não são suficientes, o paciente precisa ser ativado. Isso significa saber o que fazer, sentir-se confiante e em parceria com o médico.

Para atingir essa ativação, os autores sugerem o que denominam de "ensinar de volta", ou seja, ao final do encontro o médico deve pedir ao paciente que explique o que entendeu para certificar-se do seu entendimento, potencializando a qualidade do cuidado e uma relação de confiança.

Ramos *et al* (2018) avaliam que as habilidades de comunicação são imprescindíveis na comunicação de más notícias. Em revisão bibliográfica relacionando o tema à oncologia, os autores concluíram que é possível e necessário que o profissional esteja preparado para lidar com reações e sentimentos dos pacientes diante de uma informação negativa ou inesperada.

A importância dessa forma de lidar pode ser ampliada para os diversos contextos da relação médico-paciente. Cuidar, amparar e compreender o paciente são atitudes que podem ser alcançadas com medidas simples de comunicação como manter um contato visual, fazer perguntas abertas para conhecer o paciente e seu desejo de saber detalhes sobre diagnóstico e prognóstico, discutir o plano de tratamento envolvendo-o na tomada de decisão.

Para Ramos *et al* (2018) o treinamento das habilidades de comunicação não apenas traz segurança, mas reflete em uma redução do estresse do profissional, que estará mais tranquilo para lidar com situações complexas.

Na visão de Cruz; Riera (2016), a comunicação deve ser considerada um processo, não um procedimento. As autoras consideram que protocolos como o *Spikes*, um mnemônico de seis passos, ajudam profissionais e pacientes na busca por um diálogo satisfatório para ambas as partes.

5.5. RELACIONAMENTO MÉDICO-PACIENTE EM TEMPOS DE INTERNET

No contexto de uma sociedade informacional, as habilidades de comunicação passam por uma sofisticação de detalhes na conexão com o novo ambiente tecnológico que é a internet. Navegando em um oceano de dados, as pessoas passam a ter acesso a um verdadeiro dilúvio de informações, que por ser infinito reflete em novos modos de atuação e nas relações sociais (LEVY, 2010).

Buscar informações sobre saúde não é uma prática que surgiu com o advento das novas tecnologias. É comum e até natural que, diante de um desconforto ou enfermidade, uma pessoa tenha curiosidade de saber o que está acontecendo. Antes essa busca se dava em livros, revistas, com familiares, vizinhos e amigos. Atualmente, a facilidade da internet impulsionou um novo ritmo para suprir essa necessidade de saber sobre a própria saúde ou a de pessoas próximas e queridas (SILVA, 2017; TAN; GOONAWARDENE, 2017).

Nesse cenário, surge o conceito do paciente *expert*, uma pessoa empoderada de informações e menos disposta a acatar passivamente as determinações médicas. Busca saber na internet sobre sintomas, diagnósticos, tratamentos para si e outras pessoas, ao mesmo tempo em que espera uma oportunidade de que os médicos interpretem esse conteúdo. Esse paciente não quer ser identificado apenas por sua doença, mas como o outro lado da conversa, aquele que dá significado à razão de ser da atividade médica (GARBIN *et al*, 2008; KNORST; JESUS; JUNIOR, 2019; MIHANIN, 2020).

Ao desejar uma oportunidade de discutir o conteúdo pesquisado, o paciente *expert* quer ver seu esforço reconhecido, buscando uma redistribuição do poder que emana do saber (KNORST; JESUS; JUNIOR, 2019; MIHANIN, 2020). Esse encontro dialógico não significa necessariamente o enfraquecimento do saber científico, mas um investimento no capital social, onde o paciente busca informações corretas e tratamento adequado, enquanto o médico, ao alcançar essa satisfação, melhora conseqüentemente sua reputação social ao ponto de ser elogiado e recomendado pelo paciente em suas redes sociais (ZHANG *et al*, 2018).

A pesquisa de Haluza *et al* (2017), que entrevistou 562 pessoas em Viena, mostrou que 79% dos entrevistados admitiam ser a internet sua maior fonte de informações sobre saúde. Entretanto, demonstraram uma atitude cética em relação à confiabilidade do conteúdo *online*. Resultado confirmado no estudo de Silva (2017)

em que os participantes, mesmo munidos de informações *online*, não questionam o saber biomédico. Segundo a autora, a posse de conteúdo obtido na internet contribui para a manutenção desse saber, reiterando o lugar do profissional de saúde no cuidado. Ou seja, na prática o paciente leva as informações pesquisadas para serem confirmadas pelo saber médico.

Na pesquisa de Neder *et al* (2017), realizada em um centro de saúde de Belém (PA), os pacientes entrevistados afirmaram que o acesso à internet melhora a comunicação na hora da consulta, estimulando o diálogo. Entretanto, relataram que alguns médicos reagem de forma negativa e corrigem rispidamente a menção de assuntos pesquisados na internet, inibindo futuros questionamentos. Os autores concluem que esse clima conflituoso acontece principalmente pela baixa qualidade de informações apresentadas.

Haluza *et al* (2017) mostra ainda em seu estudo que 40% dos entrevistados gostariam que seu médico lhes recomendasse sites sobre saúde e mais da metade buscam a internet após a consulta para obter informações adicionais. 28% reconheceram que o fazem porque recebem pouca informação do médico.

A pesquisa de Hanna, A.; Hanna, L.A (2018), realizada no Reino Unido e que observou buscas a partir da plataforma Google, revelou a falta de conhecimento das pessoas em relação a antibióticos. Segundo a pesquisa, na consulta à plataforma geralmente a pergunta é "o que são antibióticos" e qual a sua relação com o uso de álcool. Os pesquisadores inclusive sugerem que as interações medicamentosas sejam esclarecidas de forma mais clara aos pacientes.

A pesquisa de Zhang *et al* (2018) ouviu 336 pessoas na China ao estudar a segurança psicológica dos pacientes, inferindo que a qualidade das informações acessadas impacta na relação médico-paciente. Pacientes com acesso a conteúdo de qualidade tendem a expressar melhor seus pontos de vista e compartilhar informações com seus médicos. Os autores sugerem que os médicos devem moderar essas buscas *online*, encorajando os pacientes a consultarem sites confiáveis e incentivando-os a se expressarem livremente.

É o que Jiang; Street (2019) também defendem ao falar sobre a Comunicação Centrada no Paciente. Para os autores, somente o diálogo é capaz de moderar os efeitos do capital social e uso da internet na relação médico-paciente. Em seu estudo realizado na China, os autores concluíram que o uso da internet exerce menos influência em pacientes que obtiveram vínculo no encontro presencial com seus

médicos. A capacitação próxima tem mais força, embora seja inegável o empoderamento gerado pelas informações *online*.

Outro ponto que fortalece a relação médico-paciente é a confiança. Esse sentimento é consolidado quando o paciente percebe que está recebendo um tratamento adequado de seu médico, chegando a essa conclusão ao acessar uma boa fonte de informações, como um site oficial de saúde. Essa é uma maneira de passar a confiar e seguir as recomendações médicas com mais segurança psicológica. (ZHANG R, *et al.*, 2018).

Em pesquisa com 709 pacientes hospitalares de Wuhan, na China, Peng, *et al.*, (2019) encontraram que 76,11% dos entrevistados utilizam o Google para buscar informações principalmente sobre doenças respiratórias; 15,84% pesquisam sobre distúrbio gastrointestinal; 12,61% buscam saber sobre problemas de saúde das mulheres; 9,97% procuram informações sobre doenças cardíacas e 5,57% distúrbios osteomusculares. A pesquisa mostrou ainda que 39,15% dos entrevistados admitiram recorrer à automedicação. Os resultados levaram os autores a defenderem que o acesso à internet deve fazer parte do histórico clínico do paciente e que a discussão de informações *online* no diálogo médico-paciente é benéfica. (PENG, *et al.*, 2019).

À medida que o paciente *expert* passa a ser não um sujeito receptor do tratamento, mas com um papel ativo em seu desenvolvimento, o sucesso na melhoria de sua condição de saúde tende a ser alcançado. Observa-se que a ânsia por buscar mais informações, está relacionada ao desejo de participar da equipe que cuida de sua própria saúde ou dos seus. E nesse ponto, a tecnologia é uma ferramenta para um conhecimento compartilhado.

5.6. TECNOLOGIA E CONHECIMENTO COMPARTILHADOS

Anshar, Hoyme e Devikar (2017) analisaram nos Estados Unidos o caso de uma criança que tinha problemas cardíacos. Após uma busca na internet, por meio do Google, o pai da criança encontrou um artigo descrevendo um possível diagnóstico. Após enviar o texto ao médico, a criança foi submetida a uma série de exames que confirmou a suspeita, modificando o tratamento e levando a cura da paciente. Diante do caso, os autores concluíram que a internet pode capacitar pacientes e familiares a serem membros ativos da equipe de saúde.

Nesse ponto entra em ação o médico *expert* (GARBIN *et al*, 2008), cuja atuação é fundamental para o sucesso dessa nova relação. Perguntar aos pacientes quais sites estão utilizando para pesquisar sobre saúde e sugerir canais ricos em conteúdo de qualidade; reduzir a atitude cética e comportamento ríspido diante dos questionamentos do paciente baseados em informações *online* são diretrizes de consenso entre os autores, voltadas aos profissionais médicos (HALUZA *et al*, 2017; NEDER *et al*, 2017).

Ouvir o que o paciente tem a dizer, estimular o diálogo e fornecer recursos para que este possa expressar-se livremente; utilizar-se de vários elementos para fortalecer o processo interativo. O uso de linguagem clara e simples, a comunicação não-verbal expressando uma empatia sincera por meio de um olhar acolhedor são caminhos apontados pelos autores para que os médicos obtenham sucesso e conquistem a confiança do paciente *expert* (LOPEZ; RONQUILLO; CONCEPCION, 2019; ZHANG *et al*, 2018; AKEEL; MUNDY, 2018).

Defendem ainda Lopez; Ronquillo; Concepcion (2019) que desde a graduação os médicos devem ser sensibilizados a tratar o paciente a partir de um olhar biopsicossocial, espiritual e cultural, levando em consideração a percepção que estes têm daquele a que está sendo confiada a sua saúde.

Um novo modelo de capacitação do paciente, a partir de uma otimização da tecnologia, não apenas em relação ao uso, mas à própria estrutura, deve favorecer uma abordagem mais holística e integrativa. Assim, o sentimento de empoderamento seria gerado a partir do conhecimento compartilhado. Tais sugestões se encaixam nas ações relacionadas aos conceitos de Educomunicação e Literacia em Saúde. (AKEEL; MUNDY, 2018).

A tecnologia pode e deve auxiliar uma comunicação eficaz entre todas as partes interessadas, estimulando uma relação de parceria. Para tanto, é necessário capacitar o paciente no uso dessas ferramentas tecnológicas, conscientizando-o acerca da busca de informações de qualidade e que de fato contribuam com as suas necessidades. (AKEEL; MUNDY, 2018).

Sobre os dilemas enfrentados no relacionamento médico-paciente tendo as novas tecnologias como facilitadoras ou obstáculos é que será aprofundada a análise bibliográfica a partir do próximo descritor. A reflexão passará pelas inovações tecnológicas em saúde digital e como elas podem influenciar não somente a Medicina

do Futuro, mas já a partir de agora, a partir da internet e do desenvolvimento da Indústria 4.0, ou IV Revolução Industrial.

6. SAÚDE DIGITAL E OS DILEMAS DO MÉDICO DO FUTURO HOJE

A IV Revolução Industrial é impulsionada pelas categorias física, digital e biológica. (Schwab, 2016). As inovações tecnológicas desenvolvidas por meio de Inteligência Artificial (IA), Big Data e Internet das Coisas (IoT) não apenas simulam a capacidade humana, mas estão mudando a forma como as pessoas se relacionam e modificando práticas de trabalho, inclusive na área da saúde. Mudanças que suscitam questões sociais, éticas e que podem ser ao mesmo tempo promissoras e perigosas (LOBO, 2018; PAULA FILHO; LAMY, 2020; SCHWAB, 2016).

O receio da substituição de homens por máquinas acontece desde a Revolução Industrial. Entretanto a globalização e os avanços tecnológicos aceleraram o processo de criação de novas formas de trabalho, em que algumas funções são absorvidas e outras passam a ser compartilhadas ou codependentes de tarefas desempenhadas por máquinas, o que impacta não apenas a rotina de trabalho, mas a vida em sociedade (SCHWAB, 2016; SOUZA; PINTO, 2017).

Um exemplo claro se deu no campo da comunicação, quando a chegada da internet parecia fazer jornais e revistas impressos obsoletos e a televisão digital e *smart* era vista como uma ameaça ao modelo de TV tradicional. Entretanto, não foi o fim dos veículos tradicionais de comunicação, mas jornalistas tiveram que se adaptar ao trabalho na nova plataforma multimídia, ressignificando práticas e desempenhando múltiplas funções para atender à demanda da notícia em tempo real e publicada em diferentes formatos (RAQUEL, 2004)

No campo da Medicina, especialmente quando o assunto é relacionamento médico-paciente, em que uma das principais queixas é o distanciamento entre as partes, a questão da influência das novas tecnologias é pertinente. Topol (2019), um dos entusiastas no assunto, acredita que a grande vantagem da IA é justamente possibilitar a restauração da conexão e confiança entre pacientes e médicos. Para voltar a essa reflexão, é importante conhecer antes a aplicabilidade das tecnologias na saúde e suas perspectivas.

Na Saúde, a IA indica a prevalência e evolução de enfermidades, colaborando para antecipar surtos epidêmicos e propor medidas preventivas. Por meio do *Big Data* é possível armazenar e organizar dados em grande escala, capazes de traçar o perfil de diferentes populações e desenhar programas de acompanhamento com base nessas informações (PAULA FILHO; LAMY, 2020)

Um exemplo aplicado dessa tecnologia é a plataforma GISSA, desenvolvida por pesquisadores do Laboratório de Redes Inteligentes e Integradas em Saúde (LARIISA), que reúne a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), a Universidade Federal do Ceará (UFC) e o Instituto Federal do Ceará (IFCE). O GISSA é uma plataforma digital que coleta dados dos sistemas do Ministério da Saúde por meio de robôs, com o objetivo de organizar e disponibilizar as informações para a tomada de decisão na esfera da gestão em saúde (ANDRADE *et al.*, 2019; OLIVEIRA *et al.*, 2010).

Tecnologias como o GISSA, que é um potente repositório de informações em tempo real, e muitos outros tipos de soluções tecnológicas vêm sendo desenvolvidas a passos largos, tanto que a Organização Mundial de Saúde (OMS) iniciou, desde 2018, a implementação de uma estratégia global de Saúde Digital. Diante da pandemia de covid-19, o investimento tecnológico cresceu em proporções geométricas antecipando para o presente o que se planejava para o futuro.

6.1. TECNOLOGIAS E A PANDEMIA DE COVID-19

Em março de 2020, a OMS declarou que o mundo enfrentava uma Pandemia, causada pela disseminação global do Novo Coronavírus, causador da doença Covid-19. (OPAS, 2020). Diante do alto contágio, as autoridades sanitárias recomendaram o distanciamento social como uma das principais medidas de prevenção, em conjunto com o uso de máscaras e higienização das mãos com álcool gel. Em todo o mundo, tais medidas desencadearam mudanças drásticas no cotidiano, de forma que as tecnologias passaram a ser importantes ferramentas nesse cenário pandêmico (GALHARDI *et al.*, 2020).

O uso de tecnologias inteligentes foi impulsionado de forma decisiva para manter o distanciamento social necessário na proteção contra o vírus. Desde robôs a *smartphones*, várias possibilidades que antes eram apenas testadas passaram a fazer parte da rotina dos profissionais de saúde. (IYENGAR *et al.*, 2020; NAS *et al.*, 2020; LOBO, 2018). Os pesquisadores LARIISA também desenvolveram o aplicativo

Protege Brasil que, por meio de códigos randômicos e *bluetooth*, identifica usuários cadastrados diagnosticados com Covid-19, e, de forma anônima, emite alertas para o grupo sobre potencial contágio.

Os robôs também passaram a ser utilizados em diversas partes do planeta. Na Romênia, os artefatos vêm sendo empregados para a desinfecção dos ambientes; comunicação com o paciente para informar sobre o quadro clínico e na distribuição de alimentos. Na Itália, região da Lombardia, o robô enfermeiro Tommy possibilita a comunicação entre o paciente e a equipe de saúde. Na Bélgica, um robô é utilizado para a triagem de pacientes. Em São Paulo, um robô acoplado a um *tablet* também realiza esse tipo de comunicação (NAS *et al.*, 2020).

Em Fortaleza, funcionários do Instituto José Frota desenvolveram o robô Jandira que realiza vídeo chamadas entre pacientes internados na UTI com Covid-19 e seus familiares. O nome do robô é uma homenagem a uma funcionária aposentada do hospital. (FORTALEZA, 2020).

Outra prática associada às tecnologias que está sendo consolidada durante a Pandemia é a Telemedicina. No Brasil, a Lei nº 13.989, de 15 de abril de 2020 autoriza o uso das teleconsultas excepcionalmente durante a crise. Com vistas a seguir a recomendação das autoridades sanitárias em manter o isolamento social e ao mesmo tempo não colapsar os sistemas de saúde, muitas unidades de saúde iniciaram a prática da Telemedicina que permitem avaliação, triagem e até mesmo diagnóstico, prescrição e acompanhamento de pacientes. (PAULA FILHO; LAMY, 2020).

Desde o início da Pandemia, o Ministério da Saúde incentiva o uso de soluções como a Telemedicina na APS. Em parceria com o Hospital Albert Einstein o órgão disponibilizou uma ferramenta *online* para que profissionais das Unidades Básicas de Saúde consigam fazer tele consultas por meio do Consultório Virtual de Saúde da Família (BRASIL, 2020a)

No caso dos médicos, a plataforma permite consultas à distância, emissão de atestados, receitas e a realização de videoconferências. A assinatura do profissional se dá por certificação digital. Já o paciente, ao final do atendimento, recebe no seu e-mail o desfecho e uma pesquisa de satisfação. A consulta pode ser por demanda espontânea ou agendada.

Em estudo que avaliou o uso de smartphones durante a Pandemia, como uma extensão tecnológica que possibilita um atendimento continuado, Iyengar, *et al* (2020) considerou que a Saúde Móvel, ou *MHealth* tem implicações positivas na

relação médico-paciente, não apenas em situação de isolamento social ou no atendimento a pacientes com Covid-19, mas continuará sendo um instrumento fundamental na Medicina do Futuro.

São possibilidades que se abrem com o advento da Tecnologia 5G, com a realidade das clínicas virtuais, consultas interdisciplinares e o monitoramento remoto dos pacientes. O envio de arquivos de dados com exames de imagem em alta definição será possível de maneira rápida e confiável, prática que já vem acontecendo durante a Pandemia, por meio de aplicativos populares como o *WhatsApp*. Tais ferramentas estão se mostrando eficazes no envio e análise de imagens em configurações de emergência, dando um novo ritmo à Telemedicina, que antes se limitava à troca de informações entre especialistas e agora também dá suporte à relação médico-paciente (IYENGAR, 2020).

Entretanto, é preciso observar com parcimônia o protagonismo do paciente munido com seu *smartphone*. A ressignificação das orientações médicas, que acontecia por meio das várias formas de reescrita das receitas pelos pacientes, agora se utiliza de tecnologias como o gravador de celular. Ou seja, não é raro o caso de pessoas que gravam a consulta sem o conhecimento do profissional, justificando a intenção de apenas registrar as orientações e, dependendo do caso, as utilizam judicialmente. (LOBO, 2018).

Adotando uma visão oposta à de Topol (2019) em relação à IA na saúde, Sparrow; Hatherley (2020) afirmam que a IA pode corroer ainda mais a relação médico-paciente. Os autores dizem que Topol subestima o papel da ambição econômica no uso desse conhecimento, pois qualquer facilidade que reduza o tempo das consultas será utilizada para atender mais pessoas.

Nessa lógica a IA introduz o *Big Data*, que demandará muito mais registros para geração de mais dados, fazendo com que os profissionais gastem mais tempo olhando para as telas do que para os olhos dos pacientes. Por outro lado, se uma máquina coletar esses dados de forma automática, os pacientes podem sentir-se ainda mais afastados de seus médicos (SPARROW; HATHERLEY, 2020).

Lobo (2018) cita uma pesquisa realizada pela *Price Waterhouse & Coopers* com 12 mil pessoas em 12 países da Europa, Oriente Médio e África, indicando que 54% dos pacientes aceitariam ser atendidos por um robô com Inteligência Artificial que esteja apto a responder sobre questões de saúde, diagnosticar

e prescrever tratamentos. Esses números chegaram a 94% na Nigéria e 85% na Turquia.

Acontece que de 2017 para cá, com uma pandemia declarada pela OMS, o que se viu foi a realidade da aceleração do uso de robôs na Telemedicina. Vários são os exemplos de *chatbots* (conversa automática com robôs) por meio de aplicativos para o acompanhamento de pacientes suspeitos ou diagnosticados com a Covid-19.

O Governo do Ceará disponibilizou um *chatbot* para atendimento virtual durante a Pandemia. A Plataforma Plantão Coronavírus atende por meio do site, Facebook e Whatsapp. Até junho de 2020, quase 600 mil atendimentos remotos haviam sido registrados. O plantão ajuda a detectar casos suspeitos de covid-19 e profissionais de saúde, do outro lado da linha, orientam a população. Os profissionais, que têm suporte da Escola de Saúde Pública do Ceará e Secretaria da Saúde do Ceará, trabalham de suas casas (CEARÁ, 2020), mostrando que o suporte tecnológico é capaz de garantir atendimento em situações de distância ou risco, resultando em proteção e agilidade para ambas as partes, profissionais e usuários do sistema.

6.2. NOVAS TECNOLOGIAS PARA ALÉM DA PANDEMIA

As novas tecnologias estão sendo exploradas no campo da saúde para além da pandemia de covid-19. Pesquisadores do LARIISA vêm desenvolvendo vários aplicativos usando *smartphones*, *big data* e *chatbots* para aproximar pacientes e familiares de seus profissionais de saúde.

A Plataforma Zelo Saúde, financiada pelo Programa Inova Fiocruz, oferece solução tecnológica que permite a comunicação entre profissionais de saúde e cuidadores familiares de pessoas idosas dependentes, com foco na melhoria do cuidado. Com uma interface para cada público, o aplicativo disponível para smartphones traz informações sobre o quadro geral de saúde do idoso, além de plano de cuidados e administração de medicamentos, notificações e alertas e até mesmo denúncias de maus tratos (ZELO, 2020; PAIVA *et al*, 2020).

Assim, a questão não é ser atendido por um robô ou por intermédio de uma máquina ter acesso a informações de saúde. Os entrevistados da Pesquisa *Price*, por exemplo, responderam que muitos médicos não têm uma atitude muito diferente da de um robô, durante o atendimento presencial. (LOBO, 2018). Um dado especialmente interessante para esta pesquisa, que objetiva entender a influência da consulta ao dr. Google, uma plataforma de internet, na relação médico-paciente.

Uma reflexão que também passa pela própria formação médica tradicional, que estimula a superespecialização e cultiva um apego à tecnologia, como elemento essencial de apoio à clínica. Ou seja, os médicos valorizam e acreditam mais nos exames de imagem e seus laudos referenciados do que na interação subjetiva com o paciente para a tomada de decisão. Tal prática gera uma coisificação dos sintomas em que, de cuidadores, os médicos passam a ser engenheiros de corpos (CASTELANI, 2020).

Acontece que as novas tecnologias em saúde nem sempre terão uma interface capaz de ser operada apenas por um médico especialista. Futuramente outros profissionais podem estar mais habilitados a utilizar e manusear esses sistemas de exames e diagnósticos, o que impactará drasticamente na prática médica e na relação com o paciente (CASTELANI, 2020).

A tecnologia ainda está na infância e é preciso enxergar para além do exagero. É fundamental os médicos estarem cada vez imersos no universo tecnológico para conhecer e se apropriar de suas limitações e oportunidades. Mas para que a IA possa ser aceita como o estetoscópio do Século XXI existe um longo caminho a ser percorrido. Até mesmo o prontuário eletrônico, que é considerado o marco zero tecnológico, ainda não está totalmente implantado no Brasil (MESKÓ; GÖRÖG, 2020).

Uma iniciativa que caminha nesse sentido é o aplicativo Conecte SUS desenvolvido pelo Ministério da Saúde. A plataforma integra a Rede Nacional de Dados em Saúde e tem por objetivo reunir todos os dados de atendimento e resultados laboratoriais do cidadão brasileiro, mas por enquanto só reúne informações referentes a atendimentos na esfera pública do SUS. Entretanto, para seu pleno funcionamento é preciso concluir a informatização das mais de 40 mil Unidades Básicas de Saúde em todo o país, unificar os prontuários e integrar a esse *Big Data* a Rede de Saúde Suplementar (BRASIL, 2020b).

6.3. MEDICINA E ESF: O FUTURO É HOJE

Mesmo com robôs humanoides, capazes de reconhecer e responder a expressões faciais por meio de tecnologias como a *deep learning* (aprendizagem profunda), para conquistar a confiança de usuários e profissionais de saúde, ainda é necessário o investimento em interfaces simples e com alto nível de explicabilidade, evitando inclusive análises classificadas como discriminatórias de cultura e raça, por exemplo. As questões éticas envolvendo a garantia da privacidade de dados e os limites de responsabilização em caso de erros ou defeitos do artefato tecnológico também precisam ser aprimoradas (MESKÓ; GÖRÖG, 2020; NAS *et al.*, 2020).

De fato, o caminho é longo, mas sem volta e o interessante é que, para trilhá-lo com confiança, será necessário voltar aos ensinamentos da Medicina Hipocrática, em que o indivíduo deve ser visto do ponto de vista integral e não em partes. É preciso deixar a visão mecanicista para as máquinas e voltar do micro para o macro (BUCK *et al.*, 1988).

Revisitar Galeno, discípulo de Hipócrates, que dizia ser necessário conhecer o paciente para construir um diagnóstico completo, inclusive em seu estado sadio, analisar seu temperamento, estilo de vida, alimentação. Afinal de que adianta visitar o médico periodicamente, submeter-se a uma bateria de exames, tomar medicamentos diários e não adotar um comportamento saudável? (BARROS, 2002; CASTELANI, 2020).

Importante compreender que a Medicina do Futuro, que precisa ser ensinada o quanto antes aos profissionais de saúde desde a graduação, baseia-se nos fundamentos da Estratégia Saúde da Família de promoção e prevenção da saúde, aliadas, obviamente, ao que as tecnologias podem oferecer (LOBO, 2018; CASTELANI, 2020; STARFIELD, 2002).

O médico não é um técnico no sentido literal da palavra e são justamente as habilidades humanas que vão diferenciá-lo de um robô. O olhar e a escuta traduzidos em empatia, o desenvolvimento de habilidades de comunicação, alimentadas em diálogo e confiança são atitudes fundamentais para o médico que trabalhará associando o estetoscópio do Século XXI ao cuidado integral (LOBO, 2018)

Lobo (2018) defende que as escolas médicas devem trocar o método de ensino *Problem Based Learning* (PBL) pelo *Team Based Learning* (TBL), que tira o médico de seu consultório isolado e mostra a importância de trabalhar com uma equipe multidisciplinar e conectada.

Tal como está nos preceitos fundantes na ESF, uma equipe que trabalha com foco em manter a saúde, levando em conta os determinantes sociais que os cercam, onde os instrumentos tecnológicos estejam a serviço da tecnologia do cuidado, diminuindo internações, aumentando a satisfação do paciente e da própria equipe (PAULA FILHO; LAMY, 2020; STARFIELD, 2002).

A educação dos médicos do futuro deve priorizar o estudo dos sistemas de saúde, assim como o conhecimento e desenvolvimento das bases de dados que possam dar suporte às pesquisas epidemiológicas. Fundamental também inserir os estudantes nos serviços comunitários de saúde e investir em um estudo transversal e contínuo das habilidades de comunicação. Para tanto é preciso ampliar o investimento em Telemedicina para atender áreas rurais e remotas. (LOBO, 2018).

Nessa lógica, é necessária a oferta de um aprendizado flexível que considere as habilidades e vocações sem a dependência da superespecialização. A Universidade deverá oferecer uma ampla oportunidade de aprendizagem para uma geração de estudantes conectada, que deverá ser capaz de interagir com pacientes também conectados e empoderados. Lembrando que a educação do médico do futuro não para na especialização, precisa ser permanente, assim como em todas as profissões (LOBO, 2018; OSAKI, 2018; CASTELANI, 2020).

Além de todos os desafios impostos pelas novas tecnologias, a relação médico-paciente agora tem que lidar com um fenômeno perigoso, também ocasionado pelo dilúvio de informações acessíveis no mar da internet: as *fake news*. Consideradas um grave risco à saúde pública, as notícias falsas cresceram exponencialmente com a pandemia de covid-19 acendendo o alerta máximo das autoridades sanitárias. A seguir será abordado esse assunto buscando compreender melhor como as notícias falsas estão interferindo na relação entre profissionais de saúde e a população.

7. FAKE NEWS, A INFODEMIA QUE AMEAÇA A SAÚDE

A internet abriga um dilúvio de informações, nas palavras de Pierre Levy (2010). No entanto, a navegação nesse oceano enfrenta desafios, principalmente para quem está controlando o barco. Para Baumann (QUEROL, 2020), navegar na *web* diante da engenharia personalizada dos algoritmos transforma-se em uma verdadeira armadilha, até mesmo para os usuários mais experientes.

Nos estudos já abordados neste trabalho sobre o relacionamento médico-paciente foi constatado que o estímulo à utilização da internet é um dos caminhos para fortalecer o processo interativo entre esses dois atores e, conseqüentemente, uma abordagem biopsicossocial com mais chances de sucesso. Por meio do diálogo, a partir do desenvolvimento de habilidades de comunicação, autores apontam que é possível estabelecer mais confiança entre médicos e pacientes conectados, utilizando a internet como ferramenta de um conhecimento compartilhado, que pode empoderar, gerar cumplicidade, adesão e confiança nos diagnósticos e tratamentos (AKEEL; MUNDY, 2018).

Entretanto, os mares da internet estão revoltos e enfrentam tempestades de notícias falsas que se agravaram ainda mais durante a pandemia de covid-19. Fato que levou a OMS a alertar que paralelo ao ataque do Novo Coronavírus, enfrentamos uma Infodemia, tão letal para a saúde pública quanto o próprio vírus e também em escala global (OPAS, 2020).

É a primeira vez que o mundo enfrenta uma pandemia na era da internet. Um vírus desconhecido, novo até no nome (Novo Coronavírus), gerou um crescimento vertiginoso de informações. Todos buscavam saber sobre tudo, desde a origem do vírus, passando pelas formas de prevenção, contágio, tratamento e sua taxa de letalidade. Por mais que houvesse um grande esforço de apuração jornalística, a rapidez com que a doença evoluiu e impactou na vida das pessoas foi desafiadora (GALHARDI *et al*, 2020; FAPESP, 2020).

Um desafio gigantesco para as autoridades sanitárias e todos os profissionais de saúde que estão na linha de frente e agora têm dois vírus a combater: o Novo Coronavírus e as notícias falsas. Nessa situação estão os médicos, que vivem o dilema entre utilizar a internet como meio de comunicação e aproximação com o paciente e o receio do acesso aos turbilhões de notícias falsas que circulam nas redes sobre saúde, especialmente no caso da covid-19. Com o propósito de conhecer mais sobre a dimensão da situação, quais as medidas adotadas até agora e os caminhos

possíveis para conter essa Infodemia, foram analisados artigos científicos com pesquisas quantitativas, qualitativas e revisões sistemáticas; também foram buscadas notícias e reportagens da imprensa e das próprias plataformas, conforme será visto a seguir.

7.1. O QUE SÃO *FAKE NEWS*?

Buscando um conceito sobre notícias falsas ou *fake news*, Tandoc; Lim; Ling (2017) examinaram 34 artigos acadêmicos e concluíram que as notícias falsas se escondem em um verniz de legitimidade que cresce à medida que se parecem mais com as informações reais. Por isso apropriam-se da aparência e do formato como o material informativo é produzido na mídia tradicional de todas as maneiras: textos, fotos, sites e vídeos.

Para Ferrari (2018, p. 29) essa manipulação vai além e a desinformação acontece de diferentes maneiras, podendo variar “*entre a correta utilização de dados manipulados, a utilização errada de dados verdadeiros, a incorreta utilização de dados falsos e outras combinações possíveis*”. Tandoc., Lim e Ling (2017) recordam que as notícias falsas remontam de séculos e citam o emblemático episódio protagonizado por Orson Welles em 1938. Ao narrar *The War of the Worlds* no rádio, o diretor de drama fez milhares de pessoas acreditarem que o mundo estava sob uma invasão marciana.

Antes disso, um artigo da *Harper's Magazine* datado de 1925 já tratava do tema com o título “Notícias falsas e o público”. Assinado por Edward Mackeron o texto discutia sobre como a imprensa combate o boato, o manipulador do mercado e o propagandista, lamentando a rápida disseminação desse tipo de conteúdo (MACKERON, 2020). Quando se trata de saúde então, o tema é terreno fértil para a propagação de notícias falsas, o que influencia a sociedade no âmbito individual e coletivo, conforme será visto a seguir.

7.2. FAKE NEWS E SAÚDE PÚBLICA

Com o advento da internet e o desenvolvimento de aplicativos e ferramentas de interação social nela inseridos, a disseminação de conteúdos duvidosos passou a crescer em progressão geométrica. Especificamente em assuntos relacionados à saúde, desafios vividos no mundo real foram amplificados ao virtual, fomentando debates emblemáticos e desafiando as autoridades sanitárias.

Em 2008, um surto de febre amarela levou o Governo federal a iniciar uma campanha de vacinação que foi tema de diversas *fake news*. Grupos antivacina espalhavam *posts* alertando para supostos efeitos colaterais da imunização, como meningite e encefalopatia, enquanto que as redes sociais compartilhavam correntes dizendo que a ingestão de própolis forma um repelente natural contra o mosquito. (TEIXEIRA; COSTA, 2020).

Outro episódio emblemático aconteceu envolvendo as campanhas de vacinação contra o sarampo. O estopim aconteceu em 1998, quando o médico Andrew Wakefield tornou público no periódico *The Lancet* um artigo sugerindo que a vacina MMR contra sarampo, caxumba e rubéola causaria uma pré-disposição ao autismo. A vertiginosa queda na taxa de vacinação da MMR foi impulsionada pelas *fake news* que circularam amplificando o conteúdo do artigo, o que até hoje traz consequências. O Brasil, que chegou a receber o certificado de país livre da doença, em 2016, perdeu o selo em 2019, após voltar a registrar novos casos (VASCONCELLOS-SILVA; CASTIEL, 2020).

Em 2016, quando a OMS declarou o surto de Zika como uma emergência em saúde pública, a desinformação se espalhou tão rápido quanto o vírus. Centenas de notícias falsas circularam na internet dizendo que o vírus havia sido causado por mosquitos geneticamente modificados, que um larvicida seria o responsável pela microcefalia e, em mais um ataque ao programa de imunização, que a doença era causada pelas vacinas (BODE; VRAGA, 2017).

Para Teixeira; Costa (2020), as *fake news* influenciam porque a sociedade é motivada para buscar a promoção da saúde. Ou seja, as pessoas buscam informações geradoras de saúde e bem-estar. Até mesmo quando se deparam com notícias falsas e as disseminam, acreditam estar compartilhado conteúdo útil para a família e amigos. Cada vez mais produzidas com técnicas que inspiram a credibilidade, as notícias falsas disputam lugar de fala com a Ciência e o Estado, fazendo emergir a desconfiança em

relação a esses enunciadores. O conhecimento científico é colocado à prova e o Estado perde o controle da conduta dos indivíduos diante do risco.

A desinformação sobre doenças crônicas como o câncer, doenças cardiovasculares e até mesmo nutrição são frequentes na internet. (WANG *et al*, 2019). Uma competição perigosa entre narrativas técnicas e *fakes* prejudica a disseminação da comunicação científica. Travestidos de notícias e ou alertas, os conteúdos falsos validam ideias políticas, comerciais ou até criminosas que confundem e geram ceticismo em relação às narrativas factuais e institucionais, resultando em perda de referências e orientações (VASCONCELLOS-SILVA; CASTIEL, 2020).

7.3. POR QUE AS PESSOAS COMPARTILHAM *FAKE NEWS*?

Vosoughi, Roy; Aral (2018) publicaram estudo na Revista Science revelando que uma notícia falsa publicada na internet tem 70% a mais de chance de ser compartilhada do que uma verdadeira. Os pesquisadores analisaram mais de 126 mil notícias tuitadas por cerca de três milhões de pessoas mais de 4,5 milhões de vezes. O resultado foi que cada postagem verdadeira atinge, em média, mil pessoas, enquanto as postagens falsas mais populares - aquelas que estão entre o 1% mais replicado - atingem de mil a 100 mil pessoas.

A pesquisa apontou que as pessoas são mais propensas a compartilhar informações novas, sem o cuidado de checá-las. Outro dado curioso foi que, ao contrário do senso comum, robôs e humanos aceleram a disseminação de notícias falsas na mesma proporção e são os humanos que estão mais propensos a espalhá-las. As histórias falsas despertam sentimentos como medo, repulsa e surpresa, enquanto que as verdadeiras inspiram expectativa, alegria, tristeza e confiança. (VOSOUGHI; ROY; ARAL, 2018).

Estudo realizado na Irlanda analisou memórias sobre notícias relacionadas ao referendo sobre o aborto naquele país, sendo duas falsas e quatro verdadeiras e inferiu que as pessoas estão mais propensas a lembrar de histórias falsas ligadas às próprias opiniões. A pesquisa mostrou que a maioria dos participantes lembrou com riqueza de detalhes conteúdos relacionados às *fake news*, com os quais se identificavam. (MURPHY *et al.*, 2019).

O estudo apontou que pessoas com baixa capacidade cognitiva são mais propensas a fechar-se nos seus conhecimentos e não buscar outras fontes, assumindo uma postura passiva em relação à busca por informações, já que alguns participantes

se negaram a reconsiderar sua opinião mesmo depois de descobrir que a notícia apresentada era falsa.

Uma pesquisa realizada pelo Instituto Ipsos em 2018 com cerca de 19 mil pessoas em 27 países revelou que, em termos de percepção, as pessoas acreditam que as notícias falsas afetam o outro e não elas mesmas. 63% dos entrevistados disseram estar confiantes de que podem identificar conteúdo falso. 59% acham que têm uma compreensão melhor que o cidadão médio (IPSOS, 2018).

Entretanto, segundo o mesmo estudo 62% dos entrevistados no Brasil admitiram ter acreditado em notícias falsas até descobrirem que não eram verdade, valor muito acima da média mundial de 48%. Em relação aos motivos que os levaram a se enganar, a maioria dos brasileiros aponta causas externas: 49% culpam os políticos; 47% a imprensa; 37% culpam a visão negativa das pessoas; 37% as mídias sociais; 18% justificam que as pessoas são ruins com números e 14% disseram que às vezes os números estão errados e não as opiniões (IPSOS, 2018).

O sucesso da disseminação de notícias falsas está diretamente ligado à tensão social existente. Em um cenário de insegurança, disputas sociais e políticas as pessoas ficam mais vulneráveis a acreditar em informações fabricadas. A pandemia de covid-19 evidencia o quanto essa vulnerabilidade gera uma busca desenfreada por informações. (TANDOC; LIM; LING, 2017).

Tudo é inédito quando se trata do novo coronavírus. Por mais que existam recomendações das autoridades sanitárias para aplicação de táticas universais de contingência, as evidências ainda estão em processo de produção ou validação. A compreensão científica sobre o vírus está em constante mudança, o que é terreno propício para o imaginário social que navega em um mar de informações. (VASCONCELLOS-SILVA; CASTIEL, 2020).

Uma pesquisa da Avaaz (2020) apontou que cerca de 110 milhões de pessoas acreditaram em pelo menos uma notícia falsa sobre a pandemia no Brasil, o que equivale a 73% da população. Por outro lado, 88% dos brasileiros gostariam de receber correções de verificadores de fato ao serem expostos a uma notícia falsa.

Na Itália, um estudo analisou o comportamento das buscas no Google relacionadas ao surto de covid-19. Rovetta; Bhagavathula (2020a) utilizaram a ferramenta *Google Trends*, que rastreia as consultas de pesquisa por palavra-chave, com o objetivo de identificar o que denominaram "apelidos infodêmicos", ou seja, informações erradas que dão origem a notícias falsas.

Os principais termos encontrados foram: "China coronavirus", "máscaras faciais", "sintomas do novo coronavírus" e "vacinas para coronavírus". Também foram encontradas consultas com "conspiração de coronavírus" e "laboratório de coronavírus", identificados como os mais perigosos e que demonstram uma tendência ao racismo e xenofobia (ROVETTA; BHAGAVATHULA, 2020a).

Abd-Alrazaq *et al.* (2020) confirmaram essa tendência ao analisar 2,8 milhões de *tweets* relacionados ao coronavírus. Foram coletados 167.073 *tweets* de 160.829 usuários únicos com o objetivo de identificar os principais tópicos postados. Os pesquisadores encontraram doze tópicos agrupados em quatro temas: a origem da covid-19; a fonte do Novo Coronavírus; o impacto da covid-19 em pessoas e países e os métodos para diminuir a disseminação do vírus.

A China foi o tópico mais comum entre todos, seguido da origem do surto. Os *tweets* relacionaram as fontes do vírus ao consumo de carne e ao desenvolvimento de bioarmas. A pesquisa revelou ainda que os usuários na maioria dos *tweets* relatavam a disseminação de ataques racistas, preconceituosos e xenófobos (por exemplo, comentários rudes ou olhares sujos) contra os asiáticos. A maior taxa de interação foi para *tweets* relacionados a racismo. (Abd-Alrazaq *et al.*; 2020).

Em outro estudo para analisar as estratégias dos impulsionadores da teoria da conspiração 5G covid-19, realizado no Reino Unido, Ahmed *et al* (2020) analisaram a *hashtag* #5GCoronavirus no Twitter durante cinco dias e encontraram que havia duas grandes estruturas de rede divididas em um grupo de isolados e um grupo de transmissão. De uma amostra de 10.140 *tweets*, a maioria 65,2% não acreditava na conspiração e 34,8% defendiam genuinamente a tese. Mesmo assim, por conta dos algoritmos, o tópico foi evidenciado por ambas as partes.

A pesquisa de Galhardi *et al* (2020) analisou 154 notícias identificadas como *fake news* relacionadas à covid-19 pelo aplicativo brasileiro Eu Fiscalizo, em um período de 25 dias. O estudo apontou que o Whatsapp é o principal canal de compartilhamento de notícias falsas, com 73,7% das notícias publicadas, seguido do Facebook (15,8%) e Instagram (10,5%).

Os resultados revelaram ainda que a Fiocruz é vinculada ao conteúdo falso para passar credibilidade. Do total de mensagens falsas que circularam no WhatsApp, 71,4% citaram a instituição como fonte, já no Facebook esse total somou 26,6%. Tal fato, na visão dos autores, contribui tanto para orientações equivocadas quanto promover a descrença na Ciência e nas instituições (GALHARDI, *et al.* 2020).

O relatório *Reuters Institute Digital News Report* já antecipava que o WhatsApp é o canal preferido pelos brasileiros para disseminação de conteúdo, inferindo que é utilizado por 53% para este fim. Outro dado relevante é que embora 85% afirmem estar preocupados com as *fake news*, 58% dos usuários brasileiros de WhatsApp admitem participar de grupos com pessoas desconhecidas e 18% ainda discutem notícias nesses grupos públicos (NEWMAN *et al.*, 2019).

Com inúmeras evidências de que as plataformas de redes sociais e internet estão sendo utilizadas como propagadoras e impulsionadoras de *fake news*, especialmente a partir da pandemia de covid-19, esses conglomerados adotaram uma série de medidas para controlar ou amenizar o fenômeno, mas que alguns autores consideram insuficientes conforme será analisado adiante.

7.4. O QUE AS PLATAFORMAS ESTÃO FAZENDO CONTRA AS *FAKE NEWS*?

A plataforma Google registrou entre março e maio de 2020 um aumento de 13% no número de buscas e lançou um alerta SOS para o Novo Coronavírus, em parceria com a OMS, para garantir que informações de credibilidade sejam priorizadas na busca. Ao realizar pesquisas no serviço, usuários localizados em zonas de perigo veem um novo banner vermelho com informações críticas sobre o caso (MOTA, 2020).

A plataforma também disponibiliza um painel com informações oficiais contendo sintomas, prevenção, estatísticas, além de mostrar um mapa do Coronavírus, atualizado em tempo real. Já o Google *Maps* fornece dados sobre movimentação, para auxiliar as autoridades nas estratégias de isolamento social (MOTA, 2020).

O Youtube, que também pertence ao conglomerado, agora exibe uma prateleira com notícias sobre a Covid-19, além de atualizar a política de monetização e incentivar *lives* com as *hashtags* #fiqueemcasa #comigo (CONEXÃO DIGITAL, 2020).

O Twitter está direcionando usuários que buscam *hashtags* relacionadas ao Novo Coronavírus a sites de entidades governamentais, no caso do Brasil, o destaque é o Ministério da Saúde. Parcerias com agências de *fact-checking* e sinalização sobre qualidade dos conteúdos também são medidas adotadas pelas plataformas. Em última instância, os *posts* considerados danosos à saúde pública estão sendo excluídos do Facebook, Twitter, Youtube e Instagram. Entretanto, nada específico foi anunciado em relação aos algoritmos (CONEXÃO DIGITAL, 2020).

Já as medidas adotadas pelo WhatsApp, aplicativo de mensagens com mais de dois bilhões de usuários, são consideradas insuficientes diante do seu potencial de disseminar informações. O aplicativo inicialmente limitou-se a reduzir o número de encaminhamentos de mensagens para cinco contatos ou cinco grupos com até 256 usuários. Com a covid-19, o encaminhamento foi restrito para um contato por vez, mas apenas no que diz respeito a mensagens que já haviam sido encaminhadas anteriormente (CONEXÃO DIGITAL, 2020).

Uma reportagem do New York Times mostra que ao acessar o Google ainda é possível encontrar diversos vídeos com propostas de tratamentos e sites com promessas de cura que são verdadeiras armadilhas para roubar dados pessoais ou invadir os dispositivos, além de espalhar temas xenófobos e alimentar a polarização da sociedade (FRENKEL; ALBA; ZHONG, 2020).

7.5. DEEP FAKES E OS ALGORITMOS

Alvarez-Risco *et al* (2020) alertam que as *fake news* se sofisticaram, misturando informações verdadeiras às falsas e evoluindo para a *deep fake*, termo utilizado em alusão à *deep web*, que quer dizer as profundezas do oceano internet, onde os rastreadores não chegam. A Agência Pública apurou em reportagem que os brasileiros são o segundo maior público do aplicativo de *deep web*, o *Impression Apps*, que manipula vídeos, recriando sons e imagens de alta fidelidade. Em agosto de 2020 o país já detinha 20% do total mundial de *downloads* do aplicativo.

Vasconcellos-Silva; Castiel (2020, p.08) questionam: *por que não pensar nas consequências antes?* Os proprietários das plataformas investem milhões de dólares nas diferentes formas de propagação viral de conteúdo, mas não desenvolvem quase nada em relação à fidedignidade e segurança das informações.

Em 2011, Pariser já alertava para as consequências da “pré-higienização” dos ambientes de informação na internet. O filtro dos algoritmos promove a ilusão de uma pesquisa abrangente, mas na verdade cria uma bolha. Segundo o autor, tais recursos são utilizados com enorme apetite pelos profissionais de marketing para enviar o anúncio certo, no momento certo. A correlação dos algoritmos dá ao *Big Data* propósito e direção, gerando resultados inimagináveis e que fogem ao controle até mesmo dos seus desenvolvedores (PARISER, 2011).

Entretanto, o custo da utilização desenfreada de dados está chegando para o usuário, que é responsabilizado por sua própria proteção. Pariser (2011) alerta que os efeitos do rastreamento e captura de informações não podem ser contidos com uma simples configuração de privacidade, já que o registro de um único clique em um site pode ser guardado por anos.

A lógica mercantilista dos algoritmos é lucrativa para seus produtores e por isso intocável. A viralização de informações gera um ciclo vicioso. As notícias, falsas ou não, são convertidas em dinheiro e financiam a próxima rodada de anúncios sob medida para um consumidor em potencial. (COSTA; ROMANINI, 2019).

Enquanto isso, o cidadão *expert* e especialista em si mesmo seleciona de forma solitária as notícias “*que decidirão sobre seu destino no exercício da condição de auto especialista amedrontado, decidindo sobre fontes mais assertivas que outras entre as fake news de WhatsApp e Facebook mais aceitáveis ou menos insuportáveis.*” (VASCONCELLOS-SILVA; CASTIEL, 2020, p.08).

7.6. CAMINHOS PARA SOBREVIVER AO DILÚVIO INFORMACIONAL

Em meio ao clima cético de um oceano de informações poluído por *fake news*, a própria Ciência segue tentando controlar as tecnologias de modo que sejam utilizadas como instrumentos a favor do conhecimento. O estudo de Ahmad; Flanagan; Staller (2020) reforça essa tentativa mostrando que é possível utilizar a internet como uma aliada da saúde pública.

A pesquisa inferiu que o aumento do número de consultas ao Google sobre sintomas gastrointestinais pode prever casos do Novo Coronavírus. Os pesquisadores utilizaram a ferramenta *Google Trends* para investigar se o interesse de pesquisa em sintomas gastrointestinais comuns teria relação com os dados de incidência da covid-19.

Os resultados apontaram que de fato as buscas no Google por sintomas gastrointestinais precederam uma alta no volume de casos de covid-19 nos Estados Unidos em um determinado período, o que levou à conclusão de que esta pode ser uma poderosa ferramenta para identificar pandemias e/ou epidemias.

Nessa direção, Bode; Vraga (2017) apontam que as mesmas mídias sociais que propagam informações incorretas também são o local propício para corrigi-las. A correção pode funcionar, desde que aconteça de forma rápida e acompanhada de

evidências de apoio, por meio de um algoritmo de histórias relacionadas ou de um *link* oferecido por um contato social.

É preciso priorizar sistemas nacionais e internacionais de detecção e vigilância de doenças, monitorando as mídias sociais. As autoridades sanitárias e instituições oficiais devem manter uma presença constante nas redes sociais, agindo de forma proativa e combatendo rapidamente a disseminação de notícias falsas. (ALAA ABD-ALRAZAQ *et al.*, 2020).

Ahmed *et al* (2020) perceberam a ausência de uma figura de autoridade para combater ativamente a desinformação. Os autores sugerem uma legislação que isole opiniões baseadas em notícias falsas, assim como medidas tecnológicas nesse sentido.

Alvarez-Risco *et al* (2020) destacaram que nessa luta multifatorial é necessário investir em ações de alfabetização em saúde para a população e, ao mesmo tempo, no uso da Inteligência Artificial para desenvolver ferramentas de detecção de conteúdo nocivo. Concordaram com a rápida remoção e responsabilização pelos governos, tal como acontece no Peru, que implementou pena de prisão para quem cria e divulga notícias falsas.

Porém, o ato de regular conteúdos flerta com a censura e o ideal é estimular o debate público aumentando a consciência social sobre as consequências de compartilhar mensagens falsas. É importante fomentar uma reflexão sobre como se dá a mediação entre as plataformas digitais e a sociedade. (GALHARDI; *et al.*, 2020).

Wang *et al* (2019) sugerem que a educação digital em saúde pode fornecer condições para uma avaliação crítica sobre a credibilidade das informações. Costa; Romanini (2019) dizem que a Educomunicação deve ser utilizada como uma estratégia natural de intervenção criativa e participativa, incentivando uma apropriação crítica do conteúdo midiático.

Por fim e como um farol para o relacionamento médico-paciente neste mar revolto, Baron; Berinsky (2019) lembram que as grandes organizações de tecnologia da informação investem em Inteligência Artificial como uma estratégia para conhecer seus clientes e convencê-los de que por isso podem apresentá-los as melhores opções.

Partindo dessa lógica, os médicos devem utilizar a mesma estratégia e investir em conhecer melhor os seus pacientes. Em vez de sentirem-se estranhos ao sistema de saúde, repetindo a mesma história várias vezes, esse conhecimento fará os

pacientes perceberem-se como indivíduos únicos, uma poderosa pré-condição para uma relação de confiança.

Mais uma vez as pesquisas científicas e a literatura acadêmica apontam para o necessário investimento nas habilidades de comunicação, com foco na promoção da saúde, como a grande estratégia para manter uma boa relação médico-paciente em meio ao dilúvio informacional, infodemia de *fake news* e todos os artefatos da revolução tecnológica.

Concluída essa etapa inicial da análise acerca dos cinco temas elencados para essa pesquisa (Comunicação em Saúde, Estratégia Saúde da Família, Relação Médico-paciente, Saúde Digital e Fake News) buscou-se com esse estudo ampliar o olhar sobre reflexões fundamentais para esta pesquisa.

A colocação dos autores sobre como vem acontecendo a relação médico-paciente ao longo da história, os estudos científicos reafirmando a importância da comunicação em saúde para lidar com as inovações tecnológicas e até mesmo com as *fake news* aprofundam o entendimento acerca de como essas questões são pertinentes no mundo inteiro. Também incentivam a conhecer como tudo isso está acontecendo na prática, no dia a dia do maior sistema público de saúde do mundo, o SUS, e em seu coração, a ESF.

Assim, segue-se a próxima etapa da pesquisa. Compreender como tudo isso está acontecendo na rotina de médicos e pacientes da ESF. Como as novas tecnologias, a internet e as *fake news* estão chegando nesses espaços que são tão importantes para a saúde no país. Como esses atores estão percebendo e lidando com tudo isso. Do que eles se queixam, quais as dificuldades que enfrentam, o que eles sugerem, quais os caminhos a seguir nas diferentes estradas que se abrem com as novas tecnologias.

Em busca dessa compreensão, foram traçados os objetivos e uma metodologia para o desenvolvimento deste trabalho, que serão detalhados a seguir.

8. OBJETIVOS

8.1. GERAL

- Analisar como a prática de consultar a plataforma Google sobre temas de saúde influencia a relação médico-paciente, no âmbito da Estratégia Saúde da Família.

8.2. ESPECÍFICOS

- Identificar em que situações os usuários da ESF consultam o Google para saber sobre questões relacionadas à saúde;
- Analisar se as notícias falsas são identificadas por médicos e usuários no contexto da ESF e se o acesso influencia a relação médico-paciente;
- Analisar a percepção dos médicos e usuários sobre o fato de estes acessarem a internet em busca de informações sobre saúde e como ambos lidam com essa situação;
- Identificar a necessidade de ações de comunicação em saúde voltadas aos usuários e aos profissionais de saúde, orientando sobre o uso da internet.

9. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória e de abordagem transversal, de caráter inédito, visto que, com base em extensa revisão bibliográfica sobre o tema, não foi identificada nenhuma investigação específica semelhante no país, com exceção de um estudo que tratou do assunto de forma qualitativa, realizado no Pará, investigando a influência da internet na relação médico-paciente em um Centro de Saúde Escola. Ainda assim, o estudo não fazia nenhuma referência específica à Estratégia Saúde da Família (NEDER *et al.*, 2017).

A ESF é a porta de entrada do SUS e possui um papel central no fomento das práticas educativas voltadas à Promoção e Prevenção da Saúde. É o elo entre a comunidade e o SUS. Por sua própria estrutura de descentralização e território, este cenário é propício para a construção de vínculos e processos comunicativos. (ANDRADE *et al.*, 2018). Por isso a ESF foi eleita como lugar de fala e interações dessa pesquisa que analisa a influência da consulta à internet na relação médico-paciente.

Optou-se pela metodologia qualitativa, à luz de Minayo (2013), que pressupõe uma análise no campo dos sentidos e significados, constituindo o meio social onde o objeto de estudo está inserido. Sendo assim, a vivência e a experiência são pilares desse método, que requer também análise, interpretação e problematização do objeto estudado.

9.1. EUSÉBIO, UMA CIDADE EM EXPANSÃO

Nesse contexto, o cenário escolhido para o desenvolvimento da pesquisa é o município de Eusébio, localizado na Região Metropolitana de Fortaleza. Com uma população estimada em 54.337 mil habitantes, trata-se de uma cidade em franca expansão e que vai sediar, por exemplo, o Polo de Inovação Tecnológica em Saúde, que tem a Fiocruz como âncora, em parceria com o Governo do Ceará.

Também na área imobiliária e habitacional, Eusébio está crescendo. O município tem 582 habitantes por quilômetro quadrado, a maior densidade demográfica do Estado. Muitas famílias residentes na capital, Fortaleza, estão migrando para o Eusébio, assim como pessoas de outros estados e até mesmo países. Mais de um terço de sua população (37,21%) tem plano de saúde e a taxa de

escolaridade para pessoas de 6 a 14 anos, de 98,3%. A renda média da população é 2,1 salários mínimos e o município apresenta 32.4% de domicílios com esgotamento sanitário adequado (IBGE, 2018). Esse cenário se reflete diretamente na diversidade de perfis socioeconômicos dos usuários dos serviços de saúde, o que permite um cenário mais abrangente acerca do público que frequenta as UBS e é acompanhado pelas EqSF.

Eusébio tem a ESF bem estruturada, com 100% de cobertura populacional, o que se apresentou como um dado relevante para o desenvolvimento deste estudo. São 18 Unidades Básicas de Saúde, 22 Equipes de Saúde da Família com 22 médicos trabalhando. As UBS estão organizadas em três territórios: Lagoinha, Timbu e Jabuti. Cada um dos territórios é equipado com um Núcleo Ampliado de Saúde da Família e todas as unidades possuem equipes de Saúde Bucal.

Quadro 1: Unidades Básicas de Saúde - Eusébio

UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE – ESF – EUSÉBIO - CEARÁ		
TERRITÓRIOS	UBS	ENDEREÇO
TERRITÓRIO 1	UBS Autódromo	Av. Luiza Távora, 12
	UBS Amador	Rua Gilberto Mendonça, 150
	UBS Guaribas	Rua José Bento, 1031
	UBS Lagoinha	Rua Blumenau, 38
	UBASF Parque Havaí	Rua Zenóbio Evangelista, 357
	UBASF Urucunema	Rua Beira Rio, 825.
NASF com as seguintes categorias profissionais: Fisioterapeutas-2; Nutricionista-2; Psicóloga-1; Fonoaudióloga-1; Educador Físico-1		
TERRITÓRIO 2	UBASF Encantada	Rua Santo Amaro, 649
	UBASF Olho D'Água	Rua Olho D'Água, 2020

	UBASF Coaçu	Rua das Carmélias, 50
	UBASF Cararu/Precabura	Rua Fortaleza, 06
	UBASF Mangabeira	Rua Eliezer Parrião, 256
	UBASF Timbu	Rua Antônio Façanha De Abreu, 07
	UBASF - Novo Portugal	Rua José Bento, 4538
<p>NASF com as seguintes categorias profissionais: Fisioterapeutas-2; Nutricionista-1; Terapeuta Ocupacional-1; Educador Físico-1; Assistente Social-1.</p>		
TERRITÓRIO 3	UBASF Pedra	Av. Nova Itália, 57
	UBASF Jabuti Km 20	Av. Antônio Sobreira, 65
	UBASF Jabuti Km 19	Rua Mário Sales, 81
	UBASF Tamatanduba	Rua Izidio José Campina, 20
	UBS Santa Clara	Rua Francisca Claudia Paz De Souza, 168
<p>NASF com as seguintes categorias profissionais: Fisioterapeutas-2; Nutricionista-1; Psicólogo-1; Educador Físico-1; Assistente Social-1.</p> <p>Todas as Unidades têm Equipes de Saúde Bucal completas.</p>		

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde – Eusébio – Ceará (2021).

9.2. UM MERGULHO NO CONHECIMENTO CIENTÍFICO

Este estudo teve início com uma revisão bibliográfica envolvendo cinco temas geradores relacionados ao objeto. São eles: Comunicação em Saúde, Estratégia Saúde da Família, Relação médico-paciente, Saúde Digital e Fake News.

A partir desse parâmetro, foi utilizado o Portal Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) para acessar as bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *Scielo*, *Scopus* e *PubMed*, todas relacionadas às ciências humanas, sociais e da saúde. Também foi realizada pesquisa

no *Google Scholar*. Foram recuperados mais de 300 artigos científicos publicados nos últimos cinco anos, dos quais os mais relevantes, atuais e afins aos objetivos da pesquisa foram selecionados para a construção de um referencial teórico, que também contou com a inserção de livros, notícias, reportagens, teses e dissertações.

A revisão bibliográfica é parte imprescindível para avançar em qualquer área do conhecimento, afinal é preciso conhecer o que já foi estudado por outros pesquisadores para um embasamento teórico consistente. O método tem a função de aprofundar os conhecimentos sobre o tema pesquisado, reconhecer a criação intelectual de outros autores e discorrer sobre procedimentos metodológicos para a coleta de informações e análise de dados (RAUEN, 2018).

O levantamento bibliográfico é importante porque permite um contato com dados já produzidos em outros estudos científicos. Uma ação relevante para subsidiar a coleta e interpretação de dados em campo e também pesquisas inteiramente baseadas em documentos. (RAUEN, 2018).

A revisão bibliográfica é o pilar de sustentação de uma pesquisa científica, um instrumento fundamental tanto para a construção teórica, quanto no decorrer da análise e validação dos resultados. (TOMASI; MEDEIROS, 2010). O quadro abaixo mostra uma síntese da proposta metodológica desta pesquisa.

Quadro 2. Quadro de Síntese Metodológica

	Sujeitos da Pesquisa	COLETA	INSTRUMENTOS	ANÁLISE	OBJETIVOS
ABORDAGEM QUALITATIVA	21 Médicos da ESF Eusébio	21 Entrevistas semiestruturadas	Visitas exploratórias	Análise de conteúdo com três categorias: Acesso; uso da informação; habilidades de comunicação. <u>Apoio do Software Nvivo</u> para organização do conteúdo.	1, 2, 3, 4
			Roteiro com questões norteadoras		1, 3, 4
	20 Usuários da ESF Eusébio	03 Grupos focais	Roteiro com questões norteadoras		1, 2, 3
	Artigos, teses e dissertações	Revisão bibliográfica	Pesquisas nas bases de dados da CAPES		1, 2, 3, 4

Fonte: CRESWELL, 2010.

9.3. PESQUISA DE CAMPO: VIVENCIAR A TEORIA NA PRÁTICA

A etapa seguinte deste estudo qualitativo foi a pesquisa de campo. Um trabalho que é parte essencial no desenvolvimento de uma pesquisa qualitativa. Ao sair a campo o pesquisador deve estar munido de um roteiro técnico, referenciais teóricos e hipóteses a serem questionadas, analisadas ou confrontadas. Caso seja necessário, redesenhar pressupostos e instrumentos na busca por uma conexão entre o quadro teórico e a realidade que vai se apresentando. (MINAYO, 2013).

9.3.1. ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA: UMA ABORDAGEM EM PROFUNDIDADE

Como instrumento de coleta de informações, optou-se pela realização de entrevistas semiestruturadas, por permitirem uma flexibilidade com a elaboração de novos questionamentos a partir das respostas, possibilitando enriquecer a busca pelo conhecimento (CAVALCANTE, *et al* 2015).

Ensina Minayo (2013) que a entrevista semiestruturada tem um roteiro pré-estabelecido, mas não limitante, pois permite a captura de outras perspectivas do entrevistado durante o diálogo e garante também mais flexibilidade na abordagem dos pressupostos da pesquisa. A autora orienta cautela na condução dessa modalidade de entrevista, que deve transcorrer de forma mais livre, porém com pequenas intervenções necessárias ao direcionamento do trabalho.

Nessa perspectiva, foram realizadas entrevistas com 21 dos 22 médicos integrantes das Equipes de Saúde da Família do município de Eusébio, sendo que apenas um se absteve de participar. Optou-se por médicos da EqSF como sujeitos da pesquisa, por serem os profissionais que historicamente ocupam uma posição de biopoder, a partir do conhecimento acadêmico/técnico, nas relações estabelecidas entre médicos e pacientes. Também sobre esses atores, recai uma carga maior do cumprimento do dever de informação. Cabe aos médicos informar e esclarecer sobre diagnóstico, prognóstico, terapêuticas, riscos e outros elementos que envolvam os processos saúde-doença. Escutá-los evidenciou-se como fundamental para compreender suas percepções sobre a prática dos pacientes de consultar a plataforma Google e como isso influencia a relação entre eles.

Também foram realizadas visitas exploratórias à ESF do Eusébio, de forma a conhecer estrutura e rotina da APS no município, a partir de reuniões com a

coordenação da APS e os coordenadores dos três territórios: (Lagoinha, Timbu e Jabuti). Os coordenadores acompanharam as visitas às unidades básicas de saúde para a realização da pesquisa de campo, dando suporte diante do cenário das mudanças ocasionadas pela pandemia de covid-19, tendo em vista que a coleta foi realizada em pleno recrudescimento da segunda onda no município e início da campanha de vacinação.

Sobre a atitude do pesquisador durante a entrevista, procurou-se manter uma postura empática, com escuta compreensiva para ajudar na desinibição do entrevistado. As entrevistas foram conduzidas de forma a não elaborar perguntas ambíguas, arbitrarias ou tendenciosas, conduzindo-as sem ficar preso ao roteiro, mas com uma sequência lógica e inteligível para o entrevistado. (BOURDIEU, 2011; CAVALCANTE, *et al* 2015).

Seguindo esse direcionamento, foi elaborado um roteiro de perguntas direcionado aos profissionais médicos, que foram entrevistados de forma individual e no consultório da UBS em que atendem. As questões norteadoras da entrevista foram abertas e abordaram a influência da internet no relacionamento médico-paciente dividida nas categorias: acesso à informação, habilidades de comunicação e uso da informação.

9.3.2. GRUPO FOCAL: REFLEXÃO E TRANSFORMAÇÃO SOCIAL

Com relação aos usuários, a opção para a pesquisa está relacionada ao vínculo que estes têm com a ESF no município, bem como o acompanhamento médico. Elegeu-se como perfil para participar desta pesquisa os usuários de ambos os sexos, com idade a partir de 18 anos, cadastrados na UBS de seu território e acompanhados pelos médicos nas respectivas UBS.

Com o propósito de abranger uma amostra significativa, optamos por utilizar a técnica de grupo focal, instrumento promotor de autorreflexão e transformação social e que possibilita integrar seus resultados aos das entrevistas de forma rica e em profundidade, conforme realizou-se nesta pesquisa. (CAVALCANTE *et al*; 2015).

Assim, foram realizados três grupos focais, abrangendo usuários de cada um dos três territórios (Lagoinha, Timbu e Jabuti), nos quais está organizada a ESF no município. O primeiro grupo (Jabuti) teve seis participantes, o segundo grupo (Timbu) oito

participantes e o terceiro grupo (Urucunema/Lagoinha) seis participantes, totalizando vinte usuários ouvidos pela pesquisa. A atividade de coleta foi realizada em unidades básicas de saúde centrais de cada território e com espaço suficiente para garantir os protocolos de segurança estabelecidos no enfrentamento à covid-19.

Observou-se as afirmações de Gondim (2002) sobre a utilização dos grupos focais como técnica de investigação qualitativa, especialmente no tocante ao papel do pesquisador-moderador, que ao conduzir o grupo pode reorientar ou confirmar sua interpretação, avaliando a pertinência das suas concepções teóricas junto ao próprio grupo.

A técnica proporciona um intercâmbio de experiências entre os participantes, permitindo o diálogo, a construção e desconstrução de conceitos e buscando novas respostas para os questionamentos. (RESSEL *et al.*, 2008).

Assim, no grupo focal a reflexão girou em torno de questões norteadoras abertas, observando as mesmas categorias já fixadas para o desenvolvimento deste estudo e abordadas nas entrevistas com os médicos: acesso à informação, habilidades de comunicação e uso da informação.

Antes da realização das atividades foi solicitado aos participantes (médicos e usuários) o preenchimento de uma ficha para coleta de dados relativa a um perfil socioeconômico. A ficha pediu as seguintes informações: idade, sexo, escolaridade, faixa de renda, profissão, estado civil, religião, raça/etnia, tempo de vínculo com a UBS no território. Foi ressaltada a garantia do sigilo total das informações.

Optou-se por levantar esses dados iniciais para uma análise mais completa à luz dos Determinantes Sociais em Saúde (RIBEIRO, 2015). Também se observou as orientações de Bourdieu (2011) sobre a necessidade de situar o leitor acerca do lugar de fala do entrevistado e de sua posição social.

Segundo Cavalcante *et al.* (2015), a organização do instrumento em etapas de complexidade permite uma aproximação gradual entre pesquisador e entrevistado, além do que a contextualização biográfica e socioeconômica ancora o sujeito em sua história.

9.4. UMA ANÁLISE DO CONTEÚDO À LUZ DAS CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS

Coletadas as informações, passou-se à terceira etapa desse estudo, que é a organização, análise e interpretação dos dados. Nessa fase, observou-se as orientações de Minayo (2013) que enumerou três desafios. O primeiro diz respeito à ilusão do pesquisador em achar que a realidade dos fatos se apresenta de forma nítida. O segundo

refere-se ao risco de o pesquisador se envolver tanto com a metodologia que deixa de lado os significados presentes nos dados coletados. E o último e não menos importante obstáculo diz respeito à necessidade de uma articulação, por parte do pesquisador entre os dados concretos coletados e o conhecimento teórico, de forma que teoria e prática caminhem lado a lado.

Sobre o tratamento e interpretação de dados, Bourdieu (2011) ensina que a transcrição de uma entrevista não é um ato mecânico de passar informações para o papel. O pesquisador precisa registrar e analisar os silêncios, os gestos, os risos, a entonação de voz do entrevistado. São detalhes que não passam na “fita do gravador” nem nos “bits” do *software*, mas que dizem muito em termos de conteúdo.

Nessa direção, considerou-se a análise de conteúdo o método adequado para trabalhar nesse estudo, possibilitando uma leitura “profunda”, determinada pelas condições oferecidas a partir do sistema linguístico e objetivando a descoberta das relações existentes entre o conteúdo do discurso e os aspectos exteriores (BARDIN, 2016).

A análise de conteúdo organiza os dados coletados nas etapas: pré-análise; exploração do material; tratamento e interpretação dos resultados. As informações colhidas embasaram as inferências e interpretações, relacionando os dados empíricos com o referencial teórico à luz dos objetivos da pesquisa (BARDIN, 2016; MINAYO, 2013).

Realizou-se durante a pré-análise uma leitura flutuante do material, possibilitando a escolha dos dados examinadas *a priori* e *a posteriori*, construindo um *corpus* de pesquisa. Na etapa da exploração do material realizou-se uma codificação baseada em unidades de registro, que são palavras elencadas como relevantes para este estudo.

Ainda na etapa de exploração do material as falas de usuários e médicos foram categorizadas nos três temas fixados anteriormente: acesso à informação, habilidades de comunicação e uso da informação. Categorias estas relacionadas às unidades de registro identificadas e que organizadas proporcionaram uma interligação das informações coletadas com o referencial teórico da pesquisa.

9.5. SOFTWARE – TECNOLOGIA A SERVIÇO DA PESQUISA QUALITATIVA

Durante a etapa de tratamento dos dados obtidos, utilizou-se o *software* N-Vivo. A tecnologia traz mais objetividade e qualidade às interpretações dos dados pelo pesquisador, visto que auxilia na interpretação textual a partir da organização de falas dos participantes da pesquisa em categorias, possibilitando identificar contextos, frequência de palavras, de maneira a organizar o conteúdo em diversos formatos como gráficos e nuvens de palavras (CARVALHO; MOTA; SAAB, 2020; SOUZA; FREITAS, 2019).

Assim, com o N-Vivo foram criados nós, relacionando inicialmente os dados coletados em campo às categorias pré-estabelecidas: acesso à informação, habilidades de comunicação e uso da informação. Em seguida, foi realizada uma conexão das falas com a reflexão teórica construída na primeira fase da pesquisa. A partir das falas coletadas, utilizou-se o *software* WordArt para a formação de nuvens de palavras, evidenciando por ordem de importância as expressões a que os participantes da pesquisa deram mais ênfase.

As análises disponibilizadas pelos *softwares* não constituem um método e nem por si só significam uma análise de dados. Os *softwares* de análise de dados qualitativos são instrumentos para auxiliar a análise de conteúdo possibilitando uma leitura mais objetiva dos dados com vistas a qualificar a fase de tratamento e interpretação dos resultados.

9.6. ÉTICA, A ÂNCORA DO CONHECIMENTO CIENTÍFICO

Essa pesquisa observou as premissas éticas necessárias ao seu desenvolvimento, principalmente considerando a privacidade e confidencialidade dos dados dos participantes da etapa de campo.

Assim, para a realização das entrevistas durante o trabalho de campo, inicialmente foi enviada uma solicitação à Secretaria Municipal da Saúde (SMS) do município de Eusébio. Também foi contatado o Núcleo de Ética e Pesquisa (NEPE) e a Coordenação de Atenção Primária para informar sobre a intenção de realização da pesquisa e solicitar os dados referentes à ESF, visando a embasar a construção do método. Os coordenadores de cada um dos três territórios pesquisados deram suporte às atividades de coleta de dados, facilitando o ingresso nas UBS e o contato com médicos e usuários.

Foi apresentado a todos os participantes da pesquisa um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que foi lido previamente a cada uma das atividades, assinado e datado por investigador e investigado, ficando cada um com uma cópia. O TCLE contém informações sobre os objetivos da pesquisa, justificativa, metodologia e direitos assegurados aos participantes.

Antes de cada atividade, os participantes tiveram informações detalhadas sobre os objetivos do referido estudo e os métodos a serem adotados em seu desenvolvimento. Também foi informado sobre a gravação das entrevistas, bem como esclarecida a liberdade de recusa e garantia de sigilo das identidades. Os participantes foram orientados sobre a possibilidade de abstenção de respostas a questionamentos ou interrupção da atividade. No decorrer da pesquisa não houve nenhuma situação desse tipo, todos os entrevistados responderam às perguntas e os participantes do grupo focal também permaneceram ativos durante todo o evento.

Em observação a Resolução CNS 510/2016 (BRASIL, 2016), essa pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, registrada e aprovada na Plataforma Brasil, pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa sob o número 45002721.0.0000.5054.

9.7. UMA CONTRIBUIÇÃO PARA A CIÊNCIA

Com a realização dessa pesquisa objetivou-se principalmente contribuir para a reflexão científica acerca da influência da internet no contexto da saúde. Espera-se que os resultados possam somar-se às reflexões para uso inovador das tecnologias digitais da comunicação em favor da saúde.

Que a análise e reflexão desse objeto de estudo possam contribuir para consolidar um novo olhar sobre o sujeito, que passa da condição de “paciente” a “participante” ativo da equipe que trabalha pelo seu bem-estar.

Pretende-se que essa pesquisa possa subsidiar ações de educação e promoção da saúde no âmbito ESF; que seus achados possam incentivar o desenvolvimento de novos estudos sobre o aprimoramento da relação médico-paciente incluindo a internet e outras tecnologias, servindo de bússola científica para crítica e aperfeiçoamento em estudos posteriores. (CAVALCANTE *et al* 2015).

Por fim, observando Minayo (2013), sublinha-se que a verdade científica é sempre provisória e inspira a uma busca constante pelo conhecimento que se renova a cada descoberta.

10. RESULTADOS

10.1. PERFIL DOS PARTICIPANTES E DESAFIOS DO CAMPO

As visitas às unidades básicas de saúde do Eusébio aconteceram no início do segundo semestre de 2021, período de recrudescimento da segunda onda da pandemia de covid-19 e também da campanha de vacinação contra a doença, o que gerou uma grande movimentação nas unidades, por um lado, e por outro, um receio da população em sair de casa e dirigir-se às UBS.

Em relação ao movimento, a rotina dos médicos foi bastante impactada e o tempo para participar das entrevistas tinha, portanto, que ser breve para não atrapalhar o atendimento aos usuários. Já o temor em sair de casa, influenciou diretamente na organização dos grupos focais. Mesmo realizados nas UBS de maior estrutura em cada território e seguindo todos os protocolos determinados pelas autoridades sanitárias, as pessoas estavam receosas em participar.

Ainda assim, somando os eventos nos três territórios do município, a pesquisa reuniu 20 usuários da ESF, sendo 06 usuários no primeiro e último grupo focal e 08 usuários no segundo grupo focal. Acrescido neste recorte os 21 médicos entrevistados (visto que um se absteve de participar), têm-se uma escuta de 41 participantes ativos da ESF Eusébio, seja como usuário ou médico, que expressaram seus pontos de vista acerca das questões norteadoras apresentadas nesta pesquisa conforme será visto a seguir, organizado nas categorias: acesso à informação, habilidades de comunicação e uso da informação.

Em relação aos participantes usuários da ESF Eusébio, 72,7% são do sexo feminino e 27,3% masculino. A renda familiar de 1 a 3 salários mínimos foi apontada por 81,8%. O tempo de cadastro na unidade de saúde do respectivo território abrangeu 45,4% com 06 a 10 anos de vínculo, 27,3% com 01 a 05 anos e 27,3% com mais de 11 anos. Na variável faixa etária, destacou-se o intervalo de 41 a 46 anos, com 36,3% dos participantes. 18,2% tinham entre 25 a 30 anos, 9,1% de 31 a 35 anos e 18,2% tinham mais de 47 anos. Sobre a escolaridade, 45,4% disseram ter curso superior, 36,4% ensino médio e 18,2% ensino fundamental.

Já os médicos participantes da pesquisa são 66,7% do sexo feminino e 33,3% do sexo masculino. 47,6% têm entre 24 e 30 anos de idade, enquanto 23,8% têm de 31 a 40 anos. De 41 a 50 anos, 4,8% e com mais de 50 anos, 23,8%. 71,4% dos entrevistados têm menos de 05 anos de graduação, 4,8% de 11 a 20 anos e 23,8% mais de 21 anos de graduação, sendo 57,2 dos médicos formados em instituição pública e 42,8% em instituição privada. Do total de médicos entrevistados, 42,9% têm menos de dois anos de atuação na ESF, 38,1% entre 02 a 05 anos, 9,5% entre 06 a 15 anos e 9,5% mais de 16 anos de atuação.

Quadro 03 – Perfil socioeconômico dos participantes da pesquisa

Perfil socioeconômico dos participantes da pesquisa			
Categorias	Médicos	Usuários	Total
Método de coleta	21 entrevistas	03 grupos focais	24 encontros
Gênero	F 66,7% M 33,3%	F 72,7% M 27,3%	100%
Renda Familiar	+ 10 SM 100 %	01 a 03 SM 81,8%	100%
Vínculo com a ESF	42,9% - 02 anos 38,1% - 01 a 05 anos 9,5% - 06 a 15 anos 9,5% - + 16 anos	01 a 05 anos – 27,3% 06 a 10 anos – 45,4% + 11 anos – 27,3%	100%
Tempo de graduação	1 a 5 anos – 71,4% 11 a 20 anos – 4,8% + 21 anos – 23,8%	-	100%
Instituição de graduação	Pública 57,2% Privada 42,8%	-	100%

Fonte: Pesquisa direta, 2021.

Ao estudar com maior profundidade os temas elencados para esta pesquisa (comunicação em saúde, relação médico-paciente, estratégia saúde da família, saúde digital e *fake news*) foi possível ir a campo com um arcabouço teórico a ser confrontado, acrescido ou validado acerca do propósito de analisar a influência da internet na relação médico-paciente, no âmbito da Estratégia Saúde da Família, conforme pode ser observado nos resultados a seguir a partir das categorias acesso à informação, habilidades de comunicação e uso da informação.

10.2 ACESSO À INFORMAÇÃO E O DR. GOOGLE

Com o intuito de complementar a análise sobre cada uma das categorias, é importante que se observe as nuvens de palavras relacionadas a estas, formadas a partir do relato de médicos e usuários. Tais instrumentos foram construídos a partir do *software* NVivo, com design gráfico formatado no *software* *Word Cloud Art Criator* (WordArt).

Nesta nuvem que retrata as falas dos participantes sobre a categoria Acesso à Informação, observa-se o destaque para as palavras médico, gente e paciente mostrando claramente a importância do profissional médico no tom das reflexões. Outras palavras bem recorrentes nas falas são saber, sintoma, tratamento e dúvida, o que demonstra a necessidade de acesso. As palavras internet, site e Google evidenciam os caminhos trilhados nesta busca.

Nunca pesquisei, prefiro com o médico mesmo. Primeiro a opinião de Deus, depois do médico. Na internet tem muita informação e acaba ficando tudo confuso, prefiro vir logo no posto e perguntar ao médico. (Grupo Focal 03).

Embora a autoridade médica ainda seja reconhecida como a detentora do saber, o acesso às informações na internet notadamente gerou uma mudança estrutural na relação médico-paciente. O fato de estarem munidos de informações, mesmo que não totalmente confiáveis, reforça nos cidadãos o desejo de receberem um tratamento adequado e serem parte também nesse processo de cuidar. Já os médicos que adotam essa postura mais parceira colhem uma melhor reputação, investimento confirmado na pesquisa de Xinyi Lu, B., *et al.* (2018), que classificou como o "capital social".

A pesquisa destes autores, realizada em 28 províncias da China, mostrou que com o estabelecimento de diálogo e relação de confiança, os pacientes tendem a aceitar diagnósticos e a cumprir os regimes de tratamento médico. Um resultado semelhante pode ser constatado no relato dos pacientes da ESF do Eusébio.

Entretanto, os grupos focais mostraram nas falas dos pacientes uma atuação profissional do médico consolidada como modelo de atenção à saúde vigente, na qual este é portador legítimo do conhecimento centrado na doença e em intervenções medicamentosas. Mesmo com estratégias como a Saúde da Família e ferramentas tecnológicas de acesso à informação, observou-se que ainda predomina o poder médico na relação. Um poder legitimado no saber para a tomada de decisões soberanas sobre o valor e desvalor da vida. (RIBEIRO; FERLA, 2016).

Acho que não. O médico é que sabe mesmo, a gente usa (a internet) para tirar dúvida. A relação médico e pessoa é outra coisa, porque tem como examinar, conversar, contar melhor. (Grupo Focal 01)

No caso da minha mãe eu tenho uma cautela por ela ter Alzheimer, diabetes e hipertensão, então não tem como questionar a opinião do médico, porque ele tem todo o histórico dela. (Grupo Focal 03).

Já duvidei quando o tratamento não foi suficiente, mas aí eu procurei outro médico, não fiz por mim mesma nem fui atrás de pesquisar na internet. (Grupo Focal 02).

Já os médicos, mostraram um pouco de parcimônia ao serem indagados sobre se acreditam que a explicação médica tem um peso maior em termos de credibilidade, quando comparadas a conteúdos de internet. Entretanto, ao final, consideraram que a confiança no conhecimento médico predomina sobre as consultas ao dr. Google, salvo com algumas exceções. *"Então pela curiosidade não vejo mal nenhum em eles pesquisarem. Mas é preciso uma conscientização de que a validação seria do profissional de saúde"*. (Médico 10).

Eles chegam praticamente com o diagnóstico, e a maioria errado, e nós ficamos numa situação que além de mostrar a nossa conduta do que está sendo feito. Você tem que parar e começar a argumentar o porquê de a pesquisa dele não estar fazendo sentido com o nosso conhecimento da clínica, porque a clínica é soberana, porque o Google tem as informações, mas ele não vê o paciente, ele não vê a clínica. (Médico 4).

Sim aí eles colocam assim: febre, falta de ar e perda de peso. Câncer. Dra. estou com câncer (*risos*). Eu queria que a senhora pedisse uma tomografia do meu corpo inteiro. Por isso que é importante saber a fonte, porque às vezes alguma dúvida é válida. Se ele tiver vínculo vem me perguntar, se não tiver, já acredita. Aí a consulta fica mais investigativa. Aí nessa hora entra a qualificação, os médicos terem mais sensibilidade, né. (Médico 14).

Sempre falo tenha cuidado com o que você vê na internet porque nem sempre aquilo que você está sentindo é aquilo que está sendo dito. Às vezes você entende uma coisa errada, que é escrita de forma técnica que você não entende muito bem e que quem estudou um pouco mais deve explicar melhor para você o que está se passando nesse momento. (Médico 1).

Às vezes ele tenta esconder, mas depois diz: não doutor, na realidade é porque eu pesquisei e estou querendo saber se esse tratamento é melhor do que esse, o que o senhor acha. (Médico 11).

Um dos médicos entrevistados mostrou uma postura mais dialógica e menos individualista quanto ao poder de influência do médico em relação ao paciente, mas ainda assim centrada no saber hegemônico da Medicina.

A última palavra talvez seja uma expressão forte, no sentido de que o profissional de saúde não é o fim da linha, o conhecimento não se encerra nele, mas que ele possa ser parte, se necessário ele e depois outro, e o compartilhamento de decisões, não que a palavra do profissional de saúde seja absoluta, mas traz para a experiência, traz para o palpável, já que é uma pessoa que provavelmente já acompanhou essa situação algumas vezes na vida e tem um olhar mais profissionalizado sobre isso. E às vezes o paciente fica elucubrando outras coisas a partir do que ele lê e o papel do profissional de saúde é puxar um pouquinho de volta ao chão. (Médico 12).

Ainda acerca do acesso à informação na internet, a grande curiosidade é sobre o que os pacientes consultam o dr. Google para saberem informações sobre saúde. Os médicos entrevistados relatam que geralmente a busca gira em torno de sintomas e o relato ao médico acontece logo no início da consulta.

Eu observo mais a questão do paciente que pesquisa no Google o que estava sentindo e acha que deve pedir alguns exames. Ah, tudo é câncer. Chega muito essa questão se pode ser câncer. (Médico 9).

Na verdade, os pacientes sempre procuram o que eles podem ter, mas eles digitam os sintomas e aparecem várias doenças. E aí às vezes eles ficam desesperados porque acham que a doença não tem cura. (Médico 19).

Geralmente falam que foi no Google, aí me dizem o que eles viram, nem sempre com riqueza de detalhes, às vezes poucas palavras, geralmente alguma coisa ruim, relacionada a doenças crônicas ou varizes. (Médico 12).

Eles já vêm assustados porque geralmente pesquisam os sintomas e ficam pensando o que pode ser. Aí já vem querendo até exames mais complexos achando que têm alguma doença mais grave como câncer. Isso é quase que diário, chega a pelo menos um paciente que já tenha pesquisado o Google antes da consulta médica. (Médico 8).

Os médicos alertam para uma prática comum na busca sobre saúde na internet, além dos sintomas, as pessoas pesquisam tratamentos, acessando conteúdos que facilitam a automedicação. E o mais importante, buscam o respaldo do profissional de saúde para seguir o tratamento inicialmente “prescrito pelo do dr. Google”.

Já pesquisam o tratamento e querem que eu prescreva: ah porque pesquisei que esse tratamento é bom e só posso comprar com a receita médica, o senhor pode prescrever? (Médico 11).

Eles pesquisam mais na fase dos sintomas, quando ainda não procuraram atendimento já começam a se automedicar, em geral, e vem aqui. (Médico 15).

É mais comum o paciente chegar e às vezes ser um pouco reticente em relação à medicação e o que a gente vê demais é essa troca de informações entre pacientes. (Médico 5).

Um relato médico aponta que a leitura de bulas é mais uma prática comum, que também gera dúvidas e ansiedade.

E tem aquele paciente que a gente passa uma medicação, ele vai buscar a bula, aí quando lê a bula tem vários outros tipos de efeitos colaterais que não são tão comuns, mas fica com medo, acaba não fazendo tratamento adequado, porque ele faz pela metade então não acaba encontrando a medicação. (Médico 19).

Em suas falas, os pacientes relatam realizar pesquisas na internet, consultar bulas de remédio no Google, além de efeitos colaterais de fármacos e medicamentos feitos a partir de plantas medicinais. Uma paciente afirma, inclusive, que concluiu o tratamento na UBS, mas como as dores continuaram, recorre a pesquisas na internet para um tratamento alternativo. *"Lógico que a gente não vai fazer tudo que a internet fala, mas serve de alerta. Eu gosto de ler bastante bula"*. (Grupo Focal 01).

Pesquisei recentemente, porque descobri que tenho gordura no fígado, me apavorei e fui pesquisar os benefícios do chá de hortelã com erva-doce que, eu sabia que era bom pra isso. A médica do posto passou o tratamento e eu tomei o chá junto, graças a Deus eu estou curada. Eu falei para ela que pesquisei e ela disse que não fazia mal, ela não ficou com raiva, não. (Grupo Focal 02).

A última vez que pesquisei foi a bula do medicamento que eu estava tomando. Consultei o Google, porque fui ao médico, ele me passou um remédio que não fez efeito, voltei ao posto e o médico do dia disse que o remédio não era o indicado para

o que eu estava sentindo. A internet serve como uma segunda opinião, entrei no site de algumas farmácias. (Grupo Focal 03).

Yuxin Peng, *et al.* (2019) defendem que se houver uma abertura para o diálogo na relação médico-paciente, quanto ao acesso da informação na internet, a prática da automedicação e seus efeitos adversos tendem a diminuir.

Às vezes eu falo: doutor, o senhor não acha que tá bom de tirar esses remédios dele, não? Aí ele fala: não, o surto dele foi muito forte e precisa dos remédios. Ai eu já obedeco mesmo, nem vou no google mais. (Grupo Focal 03).

Um estudo de Shaohai Jiang; Richard L. Street, Jr (2018) mostra que os médicos que estimulam o envolvimento do paciente no cuidado e tomada de decisão obtém um gerenciamento de saúde mais proativo. Ao elevar a compreensão deste acerca da sua situação de saúde, o resultado é mais satisfação e comprometimento com o plano terapêutico.

Alguns relatos da pesquisa confirmam que mesmo com pouca formação (a maioria dos pacientes ouvidos nesta pesquisa possui o Ensino Médio), os pacientes gostariam de receber sugestões de sites vindas dos médicos que os acompanham, em vez de fazer pesquisas aleatórias no dr. Google. Os pacientes admitem que a internet mais ajuda do que atrapalha, “*pois a gente já chega no consultório esclarecido*” (Grupo Focal 01), entretanto, mostram insegurança com a qualidade do conteúdo recuperado nas buscas ou mesmo com seu próprio potencial para realizar pesquisas satisfatórias.

Tais resultados coincidem com a pesquisa de Haluza, *et al.* (2017), mostrando que 40% dos entrevistados gostariam de receber de seus médicos sugestões de sites sobre saúde já que sentem necessidade de buscar a internet após a consulta para obter informações adicionais.

Não tenho muita intimidade com a internet, então seria muito bom começando por mim. Gostaria de saber os sites confiáveis, como saber se uma matéria é fake News ou não, seria muito bacana. (Grupo Focal 02).

Acho que seria bom a gente receber indicações de sites confiáveis. (GF - usuário 3). Sites de primeiros socorros também”. (Grupo Focal 01).

Acho que seria bacana um site pra gente colocar os sintomas e saber as opções. Mas um site seguro tipo os que os médicos usam. Antigamente eles iam nos livros durante as consultas e agora fazem tudo pelo computador mesmo. (Grupo Focal 03).

Entretanto, muitos médicos entrevistados na ESF Eusébio afirmaram não costumar indicar sites para seus pacientes, por entenderem que as informações de qualidade sobre saúde estão concentradas em artigos científicos, os quais grande parte dos leigos não compreenderiam, principalmente no contexto da ESF, que atende em maior parte pessoas com baixa escolaridade.

Não indico, porque os sites que são mais confiáveis ao meu ver são os de artigos científicos, que têm uma linguagem não muito acessível, tem termos técnicos. Geralmente eu oriento que se o paciente tem alguma dúvida, que eu pesquise e ele venha me perguntar. (Médico 8).

Eu já falei que não se pode procurar somente nos sites de busca gerais. Nossa Medicina é baseada em evidências e só se prescreve depois que temos evidências clínicas da segurança do tratamento. Para isso a gente tem acesso a trabalhos científicos reconhecidos em revistas e sites de pesquisa. (Médico 10).

Essa postura dos médicos da ESF Eusébio confronta a orientação de alguns pesquisadores que constataram em seus estudos a importância de sites que fornecem informações de qualidade, no sentido de ajudar o paciente a conhecer mais sobre assuntos relacionados a sua condição de saúde, o que promove confiança em seu médico, engajamento no tratamento e baixa necessidade de recorrer à automedicação. Autores inclusive defendem que o próprio médico deve exercer o papel de moderador dessas buscas online, dessa forma os pacientes estarão mais confiantes em compartilhar seus pontos de vista, dúvidas e anseios, fortalecendo a relação médico-paciente. E vão além, sugerem que os médicos insiram dados acerca das buscas do paciente na internet no histórico clínico deste. (XINYI LU, B. *et al.*, 2018; JIANG; STREET, 2019; ZHANG *et al.*, 2018).

Interessante constatar que quando se trata do movimento contrário, os pacientes demonstram desconfiança ao saberem que o médico consulta a internet para tirar dúvidas ou se aprofundar sobre determinado tema de saúde, principalmente se estiver relacionado ao respectivo atendimento. Novamente a figura do médico como detentor principal do conhecimento (RIBEIRO; FERLA, 2016) é identificada nos relatos dos pacientes, que chegam a parecer frustrados ao perceberem que o médico se utiliza das mesmas ferramentas de pesquisa (internet) que eles próprios. Eles parecem incomodar-se com o fato de que as novas tecnologias trazem o conhecimento antes inacessível para o alcance de um clique, abalando a aura do saber soberano.

Eu não vou mentir, não. Eu já cheguei a ir numa médica que consultou no Google e eu vi. Não quis ser indelicada, mas ela foi na minha casa fazer visita domiciliar e eu vi. (Grupo Focal 01).

Eu também já vi a médica consultando e até cheguei a pensar: não vou mais ao médico não, vou só olhar no Google, mas pra mim mesmo. Passei o tempo falando o que eu tava sentindo, eu tenho artrose no joelho, aí eu vi ela (*sic*) pesquisando. (Grupo Focal 02).

Eu acho que até deve, mas a gente se sente insegura. Um leigo consultar o Google ok, mas um médico a gente se sente insegura, né? (Grupo Focal 03).

Por seu lado, quando comentam sobre o dr. Google como aliado, os médicos admitem que utilizam frequentemente a plataforma para pesquisar os mais variados temas, tirar dúvidas e até mesmo buscar qualificação profissional, porém não mencionaram explicar os detalhes dessas pesquisas aos pacientes, sanando assim o sentimento de insegurança destes ao saber que as consultas da internet são utilizadas também pelos profissionais.

Se for somar tudo, o positivo vai se sobressair, porque querendo ou não o acesso à informação com a internet é algo muito benéfico, até para a minha formação eu utilizo mesmo, seja para procurar um artigo ou alguma informação importante e mais atual. (Médico 7).

Eu mesmo utilizo o Google para pesquisar assuntos que são de relevância durante o atendimento; seja medicamento, seja preço, seja até mesmo o endereço de um serviço especializado. Agora, eu acho que depende muito de quem utiliza e é preciso saber como utilizar. (Médico 18).

Consulto sim. Se eu tiver algumas dúvidas sobre o tema eu consulto. Às vezes tem algumas medicações que a gente não vê há muito tempo, então existem sites que são conhecidos, sites pra médicos, doses de medicação, nomes farmacêuticos com uma medicação específica pra gente saber o nome. A gente conhece o fármaco, mas não sabe o nome de marca. Então às vezes a gente precisa consultar, faz parte. (Médico 11).

Ao serem indagados se consideram o Google um vilão (concorrente) ou aliado do seu trabalho, os médicos entrevistados foram unânimes em afirmar que a plataforma abriga as duas faces e tudo está relacionado ao uso que dela se faz.

É difícil classificar assim como uma dualidade, porque há situações que ele ajuda um pouco, mas há ocasiões que ele atrapalha. Então depende da ocasião. No geral ele é um pouco mais pra vilão. Imagina uma pessoa que já é ansiosa e vai ver determinado sintoma na internet, relacionando com doenças que são graves. (Médico 19).

Ele chega e diz: eu pesquisei no Google, mas quero ouvir sua opinião, eu confio no que a medicina tem a dizer. Pra quem é crítico da opinião isso até ajuda porque vai balizando o pensamento do paciente, mas de modo geral às vezes atrapalha por conta das *fake news*. (Médico 10).

Diante da influência de plataformas como o Google na relação médico-paciente e da necessidade de cultivar confiança entre esses dois atores, infere-se que os médicos poderiam tranquilizar os pacientes de que, quando consultam a internet o fazem com um conhecimento pré-adquirido e, portanto, qualificam a busca para um conhecimento específico voltado a sua área ou ao aprofundamento e atualização de informações do caso em questão. Esclarecer essa diferença em relação a uma simples consulta aleatória, poderia transmitir mais segurança para a outra parte, que culturalmente espera ser atendido pelo detentor de um conhecimento especializado que vem do saber soberano conferido à Medicina ao longo da história.

Quanto ao médico ver na internet, é mais comum nos sites médicos para tirar dúvidas com relação a determinadas doenças e o CID de doenças, também o código que o prontuário eletrônico pede, por exemplo. Quando tá difícil de achar eu procuro mesmo qual é o sítio dessa doença e aí aparece com outro nome, mas aparece. Então nesses casos facilita você chegar, orientar e sugerir alguns sites para diversos pacientes que chegam. (Médico 02).

Por outro lado, a importância do estímulo para que os pacientes possam conhecer mais sobre sua situação de saúde e até mesmo adotar medidas preventivas é reconhecida como fundamental para o êxito do plano terapêutico por médicos da ESF Eusébio ouvidos nesta pesquisa. A internet pode ser uma grande aliada nas políticas de promoção da saúde, na medida em que proporciona uma ampliação do acesso à informação. A partir do mergulho nesse conhecimento, é possível adquirir o empowerment, ou seja, maior controle e poder de decisão quando se trata de saúde. (GARBIN; GUILAM; PEREIRA NETO, 2012).

Considero a internet como aliada do meu trabalho. Considero que todas as informações são benéficas, principalmente quando elas não são vistas dentro de um contexto clínico, mas acho que todo mundo precisa se inteirar do que está acontecendo consigo. Então todo paciente precisa saber o que tem, porque tem, o que vai tomar e porque vai tomar. Passou aquela época em que o médico era o soberano rei, que você passava o remédio e o paciente tinha que simplesmente aceitar e tomar. A internet é o presente e o futuro. (Médico 1).

Quando a gente fala de internet tem uma parte positiva também, então, às vezes você ouve o paciente dizer: olha doutora, eu sei que essa ferida se eu não curar vi que pode aumentar, porque tem que ter cuidado, porque se eu cortar a unha de uma maneira equivocada, posso lesar meu pé e amputar, porque vi fulano também amputando e pesquisei na internet. (Médico 12).

Seguindo a trilha para buscar compreender a influência da internet na relação médico-paciente, objetivo principal desta pesquisa, constatou-se que o desenvolvimento de habilidades de comunicação é fundamental para consolidar a confiança e empatia entre esses dois sujeitos, o que reflete por demais em todas as etapas dessa convivência, que na lógica da ESF deve ser contínua e longitudinal. Ou seja, um bom relacionamento deve ser cultivado desde a primeira consulta, passando por diagnóstico, tratamento, recuperação e manutenção de uma vida com hábitos saudáveis. Essa discussão será tratada no próximo tópico.

10.3 A INFLUÊNCIA DA INTERNET NA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

Diante da mudança de configuração na relação entre médico e paciente, ambos munidos de informações buscadas na internet, o desenvolvimento das habilidades de comunicação é uma questão central. Esta pesquisa constatou que o potencial da internet pode afetar esse relacionamento de maneira favorável ou adversa dependendo principalmente da

capacidade dos médicos em lidar com esse novo contexto, estabelecendo uma comunicação que inspire clareza, confiança e empatia.

Quando ele me pergunta o que eu acho, eu vejo como uma coisa assim mais compartilhada, acho melhor. Aí eu vou e digo: não é isso, por causa disso e acabo convencendo eles que não é aquilo ali, por algum motivo. Então ele acaba confiando em mim, quando eu faço isso, entendeu? (Médico 19).

A internet é muito mais uma aliada do que uma vilã. Vai haver momentos em que ela não vai ser tão favorável, mas isso faz parte da vida e o profissional tem que estar apto a saber lidar com essas situações e questionamentos. Isso instiga a gente estar mais atualizado porque o paciente já vem com o questionamento, ele já vem sabendo, então se você não sabe, você fica com uma cara de pastel olhando pro paciente sem saber o que responder. (Médico 13).

Acho que ele é mais aliado. Inclusive quando os pacientes procuram o dr. Google, mas desde que eles venham me perguntar. É por isso que eu tenho que tratar o vínculo, mas isso é da minha responsabilidade. (Médico 14).

Por seu lado, o novo “paciente *experi*” tem cada vez mais consciência do direito a obter informações sobre sua saúde por diferentes fontes e discutir os achados com seu médico. Mesmo de posse de informações que não considera totalmente confiáveis, o paciente quer ser ouvido e percebido como um membro ativo da sua equipe de saúde, sendo capaz de tomar decisões compartilhadas com o médico, desde que lhes sejam oferecidas as condições para tal. (HALUZA *et al.*, 2017; ZHANG R, *et al.*, 2018; YUXIN PENG; *et al.*, 2019).

Quando eu descobri o autismo do meu filho o que eu mais fiz foi pesquisar no dr. Google. Ao longo da pesquisa eu fui vendo o que ele tinha. Pesquisava o que era bom pra dormir, não vou mentir, porque eles ficam muito agitados ... o Google ele não é um vilão, sabendo usar. Eu sendo mãe de um menino especial, eu sempre me preparo pras consultas pra chegar lá com embasamento. Vejo os remédios, as reações dele, digo quando uma medicação desencadeia algum comportamento nele. (Grupo Focal 03).

Você precisa saber para se apropriar da sua doença e da responsabilidade que tem sobre aquilo. Então se eu estou doente e preciso tomar uma medicação, preciso saber o que estou colocando dentro de mim e o efeito que aquilo vai causar em mim. (Grupo Focal 01).

Ah doutora eu acho que eu estou com artrite reumatoide, porque eu tô sentindo dor nas mãos, eu pesquisei que sente mais nesse local e não melhora com essa medicação aqui, acho melhora com essa. (Grupo Focal 02).

A ESF dispõe de uma estrutura que propicia esse cuidado compartilhado. Uma organização que prevê o médico acompanhar o paciente no ambiente em que este vive, seja na UBS do território ou na visita domiciliar. Uma lógica que considera os determinantes sociais e seu reflexo na saúde da comunidade, estimulando nas equipes de Saúde da Família um olhar

mais compreensivo para aquele indivíduo dentro de seu contexto familiar e também o desenvolvimento da escuta para assim estabelecer um diálogo. (HOLANDA *et al.*, 2019).

Por suas próprias diretrizes fundantes, o SUS que é universal, descentralizado e horizontalizado, deve oferecer condições ao indivíduo de falar e ser ouvido. E é na ESF que esse espaço se organiza em plenitude, pois além de ser o primeiro contato com o Sistema, é onde são estabelecidos vínculos e relações profissionais de saúde/comunidade. É o ambiente estratégico para ampliar a participação de vozes mesmo daqueles que não monopolizam a “competência para falar”. O lugar de fala passa a ter outras variáveis que também podem ser consideradas qualificadas nas trocas cotidianas entre médicos e usuários, por exemplo. (SOUSA, 2016; ARAÚJO; CARDOSO, 2014).

Nesse relacionamento, quanto mais o médico for capaz de compreender os diferentes aspectos da vida de seu paciente, mais elementos terá para a construção de um diagnóstico e tratamento adequados. Observando essas questões, considerou-se interessante desenvolver essa pesquisa na ESF Eusébio, com vistas a analisar a influência do dr. Google na relação médico-paciente em ambiente tão propício ao desenvolvimento e aplicação de habilidades de comunicação no cotidiano de trabalho. Antes, é interessante analisar a nuvem de palavras relacionada à categoria Habilidades de Comunicação.

Ao refletirem sobre aspectos ligados ao estabelecimento de uma comunicação no relacionamento médico-paciente, os participantes da pesquisa evidenciaram em palavras o quanto a busca por conhecimento em saúde está conectada seja para uma aproximação ou distanciamento. Na nuvem de palavras pode-se observar novos termos além dos recorrentes médico, paciente e internet. Aparecem aqui palavras como questionamento, explicar, orientação, informação, dúvida, contexto, consulta. Interessante também o destaque para os termos pessoa e gente nos relatos, que já havia aparecido na nuvem sobre a categoria Acesso à informação e evidencia-se novamente neste tema, confirmando a tendência de um relacionamento mais humanizado, a partir do que foi falado.

Minha área é bem heterogênea. Metade são pessoas de condomínio, que usam pouco o sistema de saúde, são mais fechadas e a outra metade são pessoas muito pobres assim de analfabetismo mesmo, que não tem celular. Uma parcela não tem nem acesso a essa parte de internet ainda. Aí o médico é mais essa autoridade. O que eu falo vai ser o que a pessoa acha que é verdade mesmo. (Médico 19).

Logicamente quem faz esse tipo de questionamento é quem tem um nível cultural melhor. Não é qualquer pessoa que faz um questionamento como esse. (Médico 10 sobre questionamento de diagnósticos e/ou tratamento).

No caso dos pacientes das UBS Eusébio ouvidos nesta pesquisa, a média de vínculo com a unidade de seu território é de aproximadamente cinco anos, o que pressupõe uma fidelidade no acompanhamento de sua saúde próximo de onde moram. Por outro lado, os relatos destes pacientes mostram que eles precisam conviver com a rotatividade dos profissionais, o que requer um certo tempo de adaptação. A situação parece ter sido agravada com a pandemia de covid-19.

Por ser aqui do posto eu costumo tirar todas as minhas dúvidas. A gente senta, conversa, o médico já sabe o nosso nome, é algo mais íntimo. (Grupo Focal 01).

Bem, pelo menos o antigo doutor aqui, como ele era muito atualizado, ele não tinha problema nenhum. Ele nunca questionou nada não, agora esse novato eu ainda não conheço. (Grupo Focal 03).

Ele é novo aqui. Minha mãe é atendida em casa então não teve contato com ele, mas ouvi dizer que é ótimo. (Grupo Focal 02).

Com relação aos médicos, a maior parte dos que compunham a ESF do Eusébio no período desta pesquisa estava trabalhando nas UBS há cerca de 01 ano ou menos, sendo, inclusive, recém-formados. Isso significa que estão chegando e ainda iniciando o processo de construção de vínculo no território, e tudo isso em meio à pandemia, que configura mais um atendimento emergencial, em detrimento do acompanhamento longitudinal, característico da ESF.

Como a gente não está fazendo as consultas na horizontalidade, só mais as consultas agudas - semana passada atendi 23 suspeitas de covid em um turno, então muitas pessoas estou vendo pela primeira vez. Esses pacientes não fazem o que eu digo, mesmo que eu fique aqui meia hora explicando. (Médico 9).

Como eu não tenho período anterior (de atuação na UBS), só de faculdade, percebi só no período da pandemia que pacientes, especificamente por conta das síndromes gripais, já chegavam aqui cheio de dúvidas por conta da internet. (Médico 18).

Trabalhando há pouco tempo e em período de pandemia, ainda não pude vivenciar os eventos de capacitação em grupo, que fazem parte da atuação da equipe do posto. Falta isso, os grupos, as rodas de conversa, as palestras. Para os profissionais sempre cabem momentos de conversa e interação com os pacientes sobre esses temas. (Médico 12).

Um outro ponto interessante observado foi a conexão entre o tempo de atuação do médico na UBS e o estabelecimento de uma relação de confiança com o paciente, que diante de um profissional novato, prefere acreditar no que diz o dr. Google.

No caso da Ivermectina, ou Cloroquina, por exemplo, eles perguntam se é pra usar. Se eu disser que sim e no jornal disser que não, eles vão ouvir o jornal. Ou quando eles pesquisam no Google que é para usar, então eles vêm para pedir a receita. Os que me conhecem há pouco tempo acreditam mais na opinião do dr. Google. (Médico 14).

O paciente, que durante muito tempo se entregava ao médico para ser tratado, agora busca ser sujeito dessa relação, almejando ser identificado não por sua doença, mas como aquele que dá significado à própria atividade médica. (MINAHIM, 2020).

Só fui entender o que era a síndrome lendo na internet, porque o médico explicou na língua dele. Pesquisar me qualifica a entender o que minha mãe sente, o que é a doença dela. Por isso eu sempre pesquiso, porque hoje, por exemplo o meu médico aumentou a dosagem do meu remédio do coração e não explicou o motivo. Disse para eu fazer os exames e “depois a gente conversava. (Grupo Focal 01)

No meu caso, quando um médico passa uma receita, principalmente se for pra minha mãe que é muito alérgica, sempre pesquiso antes saber se vai ter o componente. (Grupo Focal 02).

Pesquisei muito sobre medicamentos também, tenho um filho que toma remédio controlado, ele é esquizofrênico, aí eu sempre olho. Boto lá o nome do remédio no Google e vou olhando os sites, sempre os primeiros resultados. Tem uns que falam mais, outros menos. (Grupo Focal 03).

Nesta sincronia, é possível visualizar a essência da ação comunicativa proposta por Habermas (2003), ao compreender que o paciente não deve ser abandonado à solidão da autonomia, nem ao paternalismo coercitivo. É preciso observar soluções de aproximação pessoal, que passam necessariamente pelo desenvolvimento de habilidades comunicativas. (MINAHIM, 2020).

Os usuários da ESF, oficialmente a porta de entrada do SUS, reconhecem como qualidade uma assistência humanizada com vínculo e acesso aos profissionais, estimulando os médicos a trocarem um modelo curativo e hospitalocêntrico, por uma abordagem humanizada, onde a escuta e o diálogo possuem um papel central. (SILVA, 2019; SOUSA, *et al.*; 2019).

Na impressão dos pacientes, nossa figura pode ser a pior pessoa que ele conhece ou a melhor pessoa. A gente facilmente ocupa algum desses extremos: ou alguém que prejudicou a vida deles ou que ajudou muito. Então quando a gente consegue se dar bem, a pessoa parece dar ouvidos ao que eu falo, acena com veemência dizendo que entendeu, às vezes faz perguntas demonstrando que está confiando, está prestando atenção porque estabeleceu um bom diálogo. (Médico 12).

Eu acho que eles não confiam ainda. Realmente, alguns pacientes, você vê que tem uma dificuldade, tipo: não resolveu meu problema, aquele médico não presta. Sempre tem esse tipo de paciente. (Médico 15).

O direito à comunicação em saúde não significa a transferência ao paciente da responsabilidade do ato médico, mas o profissional deve informá-lo claramente acerca da sua condição de saúde e possibilidades de tratamento, de modo que este possa opinar entre as opções propostas para sua qualidade de vida. Por isso, um olhar subjetivo do médico ao seu paciente é fundamental, assim como a consciência acerca desse direito de cidadania. (PAZINATTO; 2019).

Sobre o medicamento que ele disse que não dava reação, e dava, aí ele dizia que era assim mesmo, que cada corpo reagia de um jeito, porque o meu filho quando tá medicado é o tempo todo dormindo, aí eu tenho medo, né. Ele toma muito medicamento, aí pesquiso, porque fico com medo: será que esse menino não vai ficar é mais perturbado de tanto medicamento? (Grupo Focal 01).

Sobre a diferença que faz um olhar na composição dessa subjetividade biopsicossocial, Foucault descreveu que no tradicional modelo biomédico e hospitalocêntrico o que existe é uma visão focada, amparada em uma relação individual, onde o papel do médico é vencer a luta entre a natureza e a doença. (FOUCAULT, 2014).

Então quando o médico passa um medicamento, eu também pesquiso no Google pra que serve, principalmente hoje em dia, que a gente vai ao médico e ele nem olha na nossa cara. (Grupo Focal 01).

A relação com os médicos aqui é boa. Isso pra alguns, né? Porque tem uns que sinceramente, viu, nem olham pra gente. (Grupo Focal 02).

Alguns aspectos ajudam a compreender a postura distante e autoritária consolidada na cultura médica contemporânea. Entre estes a questão da hierarquia e obediência inquestionáveis onde o inferior na escala hierárquica faz o que o superior pede muitas vezes sem nem entender o porquê, mas simplesmente pelo medo de consequências negativas e de estar errado. O distanciamento clínico requer uma preocupação desapegada, tornando esses profissionais menos empáticos. (COLAIANNI, 2012).

Quando eu retornei ao geriatria, comentei sobre o que o médico tinha falado da medicação não servir e ele sem nem olhar pra mim disse: pare de tomar pra você ver o que acontece. Então assim, as vezes a gente fica perdido. (Grupo Focal 02).

Já aconteceu isso comigo também. Na primeira vez que meu filho surtou, a doutora deu um diagnóstico, eu fui pesquisar sobre e não tinha nada a ver com o que meu filho sentia durante os surtos dele. Ele falou que era assim mesmo e que cada médico tinha um jeito, disse: se a senhora acha que o atendimento aqui não é bom, a senhora pode levar em outro que gostar mais. (Grupo Focal 01).

Santos (2004), atribui esse tipo de atitude como uma consequência da especialização excessiva, que prejudica uma visão global da Medicina, do ser humano e da doença. Ao agir estritamente de forma técnica e segmentada, o efeito nos pacientes é a desconfiança e automedicação, tornando bastante difícil a relação médico-paciente.

Mas sabia que eu acho que as pessoas pesquisam por falta de acesso ao médico? A gente acaba se habituando a recorrer ao Google, por exemplo, a UBS fica aberta até às 16h, depois disso tem que ser na UPA. Você chega na UPA tem covid, tem muita gente, muita demora, médico trata mal, muito mais fácil pesquisar na internet. Eu já pesquisei e comprei remédio pra infecção urinária e me tratei em casa mesmo, é errado, mas era o mais fácil. (Grupo Focal 03).

Sob outra perspectiva, esse encontro de subjetividades pode se constituir em um poderoso instrumento gerador de emancipação, a partir da possibilidade de uma participação mais ativa do paciente na produção de sua própria saúde. São simbolismos e afetividades que resgatam o potencial da atenção à saúde. (PEREIRA, 2011; ARAÚJO, 2015).

Olha eu vou deixar o teu chá, mas eu vou fazer esse aqui também porque uma coisa ajuda outra, mas isso é mais fácil. Quando você alia os pensamentos, se não for algo absurdo é mais compreensível. (Médico 5).

Tipo: eu só vou tomar se meu curandeiro disser que pode. Então deixa eu falar com seu curandeiro. Ou eu não vou tomar porque o artigo do jornal disse que não era pra tomar. Então vamos ler juntos, se você me convencer que o artigo está certo eu tiro da receita. (Médico 14).

Geralmente quando eu explico eles acolhem bem. Nunca tive essa parte de perceber que não teve acolhimento, eu acho que pelo fato de eu ir explicando com calma, passo a passo. Isso deixa o paciente mais receptivo também a ouvir o que eu tenho para dizer. (Médico 20).

Quando a gente começa a conversar, eles até são compreensivos, me escutam. É muito do jeito de falar, você não vai ser impositivo. Atrás desses alertas tem uma pessoa com medo do jeito de todo mundo. (Médico 08).

O acolhimento do paciente e a escuta sobre sua situação de saúde, o empodera a tomar decisões mais seguras, confiar no tratamento e, por conseguinte, no médico que o acompanha. Ser amigável, alegre, compartilhar conhecimento não deve ser visto como uma distorção do comportamento profissional, mas sim como uma capacidade cognitiva de perceber a experiência do outro, acolhendo suas dúvidas, dores e medos com empatia e fortalecendo uma relação de confiança. (BERNARDO, 2020; ARAÚJO; CARDOSO, 2014).

Acho que tudo vai de uma boa relação médico-paciente. Eu tento sempre estar a mais próxima possível, me mostrar aberta a sugestões, até porque ninguém vai impor uma

coisa. Eu vou te explicar porque você tem tal doença e passar uma medicação tratando essa doença. (Médico 11).

Quando você para o atendimento para explicar direitinho, tirar todas as dúvidas do paciente, ele confia mais. E isso também causa um efeito positivo no tratamento. (Médico 8).

Sempre deixo bem claro, uma coisa é eu te orientar, outra coisa é você convencer. Eu não tenho esse poder para te convencer, mas eu tenho que ter uma obrigação de te orientar. (Médico 5).

Quanto mais eu explico mais ele vai acreditar no que eu estou dizendo. Eu não estou simplesmente impondo um diagnóstico, estou explicando porque que isso existe e ajudando a pessoa a compreender a doença, ajudando na adesão ao tratamento. (Médico 11).

O acolher, escutar, confortar e olhar são habilidades de comunicação para além do diálogo em si, que somados à sensibilidade com valores e contextos culturais ajudam a dissipar angústias e dúvidas, enquanto o contrário desperta no paciente *expert* a necessidade de buscar outras fontes.

Aí eu já fui pesquisar, porque fiquei preocupada. Quando eu voltar lá eu vou dizer que pesquisei, porque eu sempre falo: olha, dr. o senhor não foi claro, por isso eu pesquisei mesmo. (Grupo Focal 01).

E o que acontece é: eu pergunto e eles ignoram. Eles são os médicos, eles que querem dizer o que é certo e pronto. O médico aqui da Unidade é ótimo, mas tem uns que prefiro o Google. (Grupo Focal 02).

Na disputa com o dr. Google, é fundamental falar a mesma língua do paciente, e é o que estes de fato esperam do profissional, conforme evidencia-se em relatos deles próprios nos grupos focais. Importante ressaltar que as falas dos pacientes não dizem respeito especificamente ao atendimento por médicos da ESF Eusébio. Muitos trazem experiências de consultas na rede especializada e na saúde suplementar. *“Quando você vai ao médico, o médico fala na língua dele, então eu tive que descobrir o que era pela internet mesmo”*. (Grupo Focal 03).

De posse de informações pesquisadas na internet, o paciente *expert* busca ao mesmo tempo colaborar com seu médico e confrontá-lo a reconhecer seus esforços na busca de informações sobre o seu próprio cuidado ou de sua família. Empoderado com informações sobre diagnósticos, tratamentos e sintomas, seus e de terceiros, esse indivíduo quer levar conteúdo para discutir e/ou validar com o médico. (GARBIN, 2008; SILVA, 2017; KNORST; JESUS; JUNIOR, 2019).

Eu falei para o segundo médico, porque mexeu com o meu bolso, né? Ele achou interessante eu ter ido pesquisar, mas não gostou muito, porque eu poderia ter tido a informação errada. E é verdade, não é 100% seguro, mas esclarece e explica bem mais que o médico. (Grupo Focal 02).

Em estudo realizado na ESF Ceará sobre a relação médico-paciente (CAPRARA *et al.*, 2001) evidenciou que os médicos pesquisados não reconhecem seus pacientes como sujeitos capazes de assumir a responsabilidade por cuidar de sua saúde, o que reflete diretamente na falta de estímulo à autonomia e participação destes no tratamento. O estudo apontou ainda dificuldades em lidar com medos e ansiedades dos pacientes acerca da sua condição de saúde. Para os autores, a própria palavra do médico possui um efeito terapêutico, assim como a capacidade de escuta.

Cada nova consulta é uma relação que vai se fortalecendo, mas é preciso considerar neste espaço terapêutico as expectativas e medos do paciente, bem como o contexto de trabalho do médico e sua carga de stress, competitividade na carreira e ansiedade que interferem diretamente no desenvolvimento de habilidades comunicacionais. (CAPRARA *et al.*, 2001)

A pessoa, muita das vezes já vem com depressão ao médico, aí quando chega é tão mal recebida que até desiste de tomar o remédio. Você tem que ser bem atendido, sabe! Você quer ser bem tratado e às vezes sai é mais doente. Nenhum de nós tem responsabilidade pelos problemas do médico, ele não pode trazer os problemas de casa pra dentro do trabalho e descontar na gente. (Grupo Focal 03).

Aí às vezes dependendo do movimento posto, além da surpresa ver um pouco da chateação, porque você para, tenta explicar, aí geralmente esses pacientes, não todos, mas parece que faz parte do perfil, eles já são mais difíceis de aceitar o que se é dito, o que a gente tenta passar de conscientização, da real necessidade, se tem ou não, o que que seria melhor naquele momento, para aquele paciente. Aí é uma mistura mais de ansiedade, surpresa e um pouco de estresse. (Médico 11).

Diante de pacientes *experts*, a autoridade médica embora pareça enfraquecida, evidencia-se bastante consolidada nas falas dos usuários participantes desta pesquisa, na medida em que é possível identificar diversas expressões envolvendo sentimentos tipo raiva, medo, vergonha ou nervosismo, como se estivessem fazendo algo errado por pesquisar sobre saúde na internet. Tanto que nos relatos dos grupos focais há sempre uma justificativa ou observação com viés emocional ao comentar sobre o porquê de ter recorrido ao dr. Google em vez de procurar o médico, assim como o constrangimento de compartilhar com o médico os achados da sua pesquisa.

Os relatos variam de que o médico não gostou muito ao saber sobre a pesquisa na internet até o médico ser bem tranquilo e não se importar se o paciente pesquisou. A disputa a partir da detenção do conhecimento gera alguns momentos de tensão na relação médico-paciente. “Cheguei a teimar com o médico, ele dizia uma coisa e eu dizia outra, porque meu filho não tinha aqueles sintomas”. (Grupo Focal 01).

Porém também se constatou um certo receio em aborrecer o médico, observando algumas falas: *“Mas também não vou dizer: doutor, fui no Google e isso que você tá dizendo não é assim, não vou teimar com ele desse jeito”*. (Grupo Focal 02).; *“Eu falei para ela (médica) que pesquisei e ela disse que não fazia mal, ela não ficou com raiva, não”*. (Grupo Focal 03).

Em outros relatos nota-se constrangimento e ansiedade por parte dos pacientes ao admitirem para o médico que pesquisam sobre saúde na internet.

Não tive coragem de falar pra ele (que pesquisei), mas bateu com o que a gente leu, sim. Acessei pelo celular mesmo. (Grupo Focal 01). Não houve constrangimento quando contei sobre a minha pesquisa no Google. Ela só riu e disse: vocês e esses médicos (dr. Google) de vocês. (Grupo Focal 02).

Um relato interessante foi o de um participante que enfatizou a escolha por não pesquisar, não navegar no mar de informações da internet e em vez disso seguir o caminho tradicional que é procurar um profissional na unidade de saúde. *“Eu tenho ansiedade, então procuro não ficar mais consumindo esse tipo de informação. Tiro as dúvidas aqui no posto mesmo”*. (Grupo Focal 02).

Durante o grupo focal foi relatado o atendimento grosseiro por parte de um médico, ao saber da consulta à internet por seu paciente. *“Quando eu conto que pesquisei antes fecha a cara e diz: o médico aqui sou eu. Às vezes eles passam a receita, a gente pergunta para o que é o remédio e eles dizem: está aí na receita. São muito grosseiros”*. (Grupo Focal 02).

Sobre esse autoritarismo, o estudo de Colaianni (2012) traz que a cultura médica foi construída ao longo da história sob hierarquia rígida e pressão cultural para aprender a tornar-se um médico, passando por privação de sono, níveis elevados de estresse desde o vestibular, competitividade alta no galgar da carreira. Entretanto essa concentração e obediência hierárquica, associada ao acesso ao conhecimento traçam uma linha tênue bem próxima à autoridade excessiva e bem distante da humanização necessária para cuidar do outro em momentos de fragilidade e ansiedade.

Martins (2004) defende que o tratamento do doente não deve estar restrito aos sintomas, mas ao indivíduo como um todo, que precisa inclusive de apoio psicoemocional, trabalhado a partir de elementos de empatia, escuta e diálogo a cada novo encontro. Por seu lado, os médicos da ESF Eusébio garantem empenhar-se em ser claros e explicar

detalhadamente o que se passa com seus pacientes, inclusive convencendo-os acerca dos riscos das pesquisas na internet.

Acalmo o paciente e vou explicando passo a passo, porque que não é obrigatoriamente o diagnóstico da internet. Explico o porquê de cada coisa, o porquê aparece tal coisa na internet. Eu tento deixar ele mais orientado. Eu sei que é uma consulta mais longa, mas tento fazer isso. (Médico 20).

Quanto mais eu explico, mais ele vai acreditar no que eu estou dizendo. Eu não estou simplesmente impondo um diagnóstico, estou explicando porque que isso existe e ajudando a pessoa que se compreende na doença, ajudando na adesão ao tratamento. (Médico 3).

Então geralmente eu oriento: olha, primeiro venha para a consulta antes de olhar o Google. Fique tranquilo. Aí eu digo quais são as minhas hipóteses. Vamos pedir isso, isso e isso. Caso seja necessário a gente pede algo mais complexo. Eu tento explicar. (Médico 7).

Na maioria das vezes eu tento explicar e pelo sim, 90 a 99% aceitam. Mas sempre têm aqueles que persistem, ficam ouvindo ou exigindo o exame né, às vezes causa um pouco de estresse, mas dá pra contornar. (Médico 8).

Eles falam mesmo que eu vi no Google que poderia ser tal coisa, pode ser isso? E aí eu realmente explico pro paciente, o que que pode ser, o que pode não ser, porque aquele diagnóstico é pensado ou não para ele. (Médico 19).

Esse cuidado em apresentar ao paciente de forma clara, simples e didática as informações sobre sua condição de saúde, plano de tratamento terapêutico e ter a preocupação de constatar se o paciente compreendeu e absorveu as explicações, aparece na pesquisa de Zabar, *et al* (2019), que cunharam o conceito de paciente ativado. Ou seja, os pacientes devem ser ativados em seu autocuidado. E a essa ativação, os autores chamam de “ensinar de volta”, que consiste em pedir ao paciente que explique o que ele entendeu acerca do que foi falado durante a consulta e também sobre os próximos passos do tratamento. Tal ativação estimula a confiança e uma percepção de auto eficácia, bem como fortalece a relação de parceria entre médico e paciente.

Lobo (2018) conta que em uma experiência realizada pela Universidade de Brasília (UnB) no Hospital Regional de Sobradinho apontou que ao serem perguntados sobre o que o médico havia falado e/ou prescrito, a maioria dos pacientes não sabia responder com clareza e necessitava da ajuda de uma auxiliar de enfermagem para explicar a prescrição e os exames solicitados.

Considerando esses aspectos, perguntou-se aos médicos participantes desta pesquisa como se certificam que o paciente compreendeu as informações passadas durante a consulta e mais do que isso, como percebem a possível concordância e adesão ao plano

terapêutico proposto. A maioria dos médicos foi bastante superficial, limitando-se apenas a dizer que perguntam se restou alguma dúvida ou preocupação.

Justificam que não dá para ter um controle sobre essa percepção, e a constatação sobre a adesão ao tratamento somente pode ocorrer na consulta de retorno, que muitas vezes pode nem acontecer, principalmente na circunstância de atendimentos por covid-19. Apenas dois médicos entrevistados preocuparam-se com essa questão do retorno e outros dois mostraram empenho em ressignificar a receita de forma que esta seja apropriada e adequada à realidade do paciente.

Uso de alguns artifícios, então pacientes que não sabem ler eu tenho tabelas pra facilitar a compreensão. A gente pinta as caixas se for necessário. Dependendo do nível de compreensão do paciente a gente chama um familiar para ajudar na administração da medicação e outra coisa é pedir para o paciente me explicar como é que ele vai tomar o remédio, porque uma coisa é ele dizer que entendeu e outra é ele ficar só balançando a cabeça dizendo que entendeu sem ter entendido nada. (Médico 13).

Eu peço para ao final da consulta ele repetir o que ele entendeu pra saber se ele conseguiu extrair a principal informação de toda aquela consulta. Aí geralmente eu peço, já que eu não vou conseguir depender do retorno daquele paciente, porque geralmente eles não retornam. (Médico 18).

Pergunto se ele tem algo a sugerir e como ele vai fazer em casa. Aí quando ele começa a engasgar, aí eu vejo que ele não prestou atenção na receita. Aí eu digo: não precisa ter vergonha, se tiver algum remédio que você não quer usar, não tem problema. (Médico 14).

Às vezes eu pergunto novamente, tentar conferir se se ele entendeu a orientação, sempre no final pergunto se a pessoa entendeu, muitas vezes eu noto que a pessoa não entendeu e às vezes se sente constrangida de querer falar. É complicado também, sabe. (Médico 7).

Eu não consegui me certificar até o momento. Essa é uma questão pra mim. Eu não sei quanto do que eu falei eles absorvem, ou levam a sério, ou entendem o que eu estou falando. (Médico 5).

A capacidade de estabelecer essa relação dialógica entre médico e paciente é fundamental para uma assistência humanizada, por isso a importância do domínio das técnicas de comunicação. Uma linguagem clara, uma atitude empática e que ao mesmo tempo transmita segurança, pode ter uma importância equivalente a um procedimento técnico. A relação médico-paciente está diretamente ligada à qualidade da assistência e atenção integral e, no caso da ESF, pode ser estendida à família e à comunidade. (ASSENHEIMER, *et al*; 2018).

Dessa forma, o desenvolvimento de habilidades de comunicação é indispensável para o exercício de um trabalho que vá além do aspecto biológico e considere o indivíduo na

sua dimensão social, psicológica e econômica. Por isso importa o domínio de habilidades aparentemente simples, mas que fazem a diferença na aproximação entre esses dois atores para um trabalho compartilhado e exitoso, o cuidado com sua própria saúde. E isso inclui a compreensão de mensagens não-ditas. (TORRES, 2017).

Ronquillo; Concepcion (2020) listaram alguns pontos relevantes a serem observados pelos profissionais médicos em seu cotidiano de trabalho.

Quadro 04 – Habilidades de Comunicação Médico-Paciente

HABILIDADES DE COMUNICAÇÃO MÉDICO PACIENTE
Evite a tendência de avaliar constantemente o comportamento dos pacientes, aprenda a ouvi-los e tente ter empatia por eles.
Estimule o contato comunicativo diário. Tenha a iniciativa de dialogar, se necessário.
Respeite a personalidade dos pacientes, suas características individuais.
Use frases ou palavras que não prejudiquem sua dignidade.
Use o sorriso no tratamento, como um sinal que reduz as tensões e o nível de ansiedade dos pacientes.
Use os recursos não verbais de comunicação, com sobriedade e oportunidade.
Considere que nem todos têm o mesmo nível cultural.

Fonte: RONQUILLO; CONCEPCION, 2020.

Por isso, o estudo das habilidades de comunicação está inserido nas Faculdades de Medicina de diferentes países e foi incluído nas mais recentes Diretrizes Curriculares Nacionais no Brasil (DCN, 2014) com vistas a ajustar a prática médica às mudanças da era da informação e conhecimento, caracterizada pelo uso de tecnologias como a internet.

Uma pesquisa da Associação Americana de Medicina, que avaliou o impacto das novas tecnologias na Atenção à Saúde indicou que as escolas médicas devem considerar uma

nova formação envolvendo o estudo dos sistemas de saúde, dos determinantes sociais de saúde, o trabalho em equipe multidisciplinar, a inserção de estudantes em serviços comunitários de saúde, investimento em sistemas de interação médico-paciente por meio de computador ou smartphone, uso de aplicativos para acompanhamento de doentes crônicos e idosos e a prática da Telemedicina em áreas rurais e/ou remotas. (LOBO, 2018; TOPOL, 2019).

A maioria dos pacientes ouvidos no grupo focal mostraram-se reticentes à possibilidade de serem atendidos por robô, em substituição a um médico, no entanto não descartaram aceitar a inovação em caso de extrema necessidade. Vale lembrar que durante a pandemia de covid-19 o atendimento virtual por robôs (*chatbots*) e por médicos à distância (Telemedicina) foi bastante comum e útil no enfrentamento a um vírus mortal. *“É como se fosse um google só que robô, né? O médico com certeza. preferiria a pessoa humana mesmo”*. (Grupo Focal 01).

Mas em algumas situações eu acho que seria bom. Imagina você ali no desespero, doente, digita tudo e ele já lhe consulta, eu gostaria. O importante é resolver e ainda seria muito mais rápido, né. (Grupo Focal 02)

Eu ainda preferiria o médico humano, porque existem doenças que você só sabe vendo ao vivo. Você está ali com vários sintomas, desenvolvendo alguma doença do fígado, o robô vai ver que eu estou ficando amarelada? Vai olhar para as minhas unhas? Para os meus olhos? O robô não vai ter essa capacidade nunca. (Grupo Focal 03).

Uma boa relação médico-paciente deve ir além do exame físico, exames complementares e tratamento. É necessário que esse profissional mescle habilidades técnicas e pessoais. Mesmo diante do avanço tecnológico e inteligência artificial, a atuação médica calcada no humanismo será um diferencial importante. A resolutividade dos diagnósticos está diretamente relacionada à compreensão e engajamento do paciente em relação ao plano terapêutico. Do ponto de vista médico, um retorno à medicina hipocrática, que enxerga um ser humano completo inserido em um contexto. (OSAKI, 2018).

Neste cenário, a Inteligência Artificial pode ser utilizada como ferramental, tal como defende Topol (2019), apontando que uma das grandes vantagens das novas tecnologias é justamente o fato de poderem ser utilizadas a favor do relacionamento médico-paciente, abrindo possibilidades para a restauração da confiança e conexão entre as partes.

No entanto, os relatos de médicos e pacientes da ESF Eusébio mostram que as facilidades proporcionadas pelas tecnologias dialogam mais com o aproveitamento do tempo para a quantidade em detrimento da qualidade. As falas apontam para uma realidade que se impõe no cotidiano real, que é bem diferente do que poderia ser ideal. Então devido à rotina, ao compromisso com a gestão, o retorno que a gestão quer em

atendimento a gente trabalha mais com a prescrição do que que a prevenção propriamente dita. (Médico 10).

O desenvolvimento de aplicativo de comunicação entre médico e paciente poderia ser útil, mas a pessoa não teria vida. Nosso tempo já é muito curto, então você ser médico 24 horas não tem como. Teria que ser gerenciado o uso para evitar ser utilizado como uma forma de consulta. Para a rotina do sistema de saúde isso seria um pouco complicado. (Médico 4).

E além disso eu também, de certa forma, sou pressionada, porque eu tenho umas 20 pessoas para atender numa manhã. Eu muitas vezes eu não posso estender tanto a consulta. (Médico 9).

Eu só gasto um pouco mais de tempo na consulta, que eu também não me incomodo, mas o pessoal que está esperando se incomoda. (Médico 14).

Finalmente, ao aprofundar a terceira e última categoria desta pesquisa, que tratará do uso da informação, será considerada a importância da capacitação de médicos e usuários em temáticas ligadas ao uso da internet em saúde, assim como um fenômeno que cresceu assustadoramente com a pandemia de covid-19, a infodemia de *fake news* sobre saúde.

10.4. USO DA INFORMAÇÃO: EDUCAÇÃO EM SAÚDE E *FAKE NEWS*

O uso da informação, por meio de competências comunicacionais alicerçadas em valores ligados à humanização e cuidado integral, passa necessariamente por ações de educação em saúde. A partir do acesso à informação e da apropriação de conteúdo de qualidade, uma atuação colaborativa entre usuários e profissionais de saúde é possível, e nos relatos das entrevistas com médicos e grupos focais com usuários da Estratégia Saúde da Família no Eusébio identificou-se claramente o anseio por capacitação para a apropriação das novas tecnologias. (ASSENHEIMER, *et al.*, 2018; HOLANDA *et al.*, 2019).

A mesma impressão também pode ser observada ao analisar a nuvem de palavras criada a partir das falas relacionadas a essa categoria. Aparecem com destaque as palavras notícia, falsa, covid, vacina e um pouco menos os termos treinamento, educação, capacitação, demonstrando que no relacionamento médico-paciente em tempos de internet e pandemia essa aprofundar essa discussão e tomar medidas sobre é cada vez mais necessário.

Os pacientes escutam muito o que a gente tem a dizer e quando questionam tentam a maioria, na verdade, seguir o que a gente orienta, né? Então acredito que a gente está sempre educando, de alguma maneira. Na maioria das vezes a gente tenta pelo lado positivo. Às vezes a gente dá bronca e tudo, mas realmente é com intuito de educar o paciente e melhorar a qualidade de vida dele. (Médico 15).

Entretanto, embora os médicos da ESF Eusébio sejam em sua maioria recém-saídos da universidade, nem mesmo naquele ambiente foram capacitados a desenvolver habilidades de comunicação, especialmente na internet e redes sociais. Também dentro da própria ESF, os profissionais ainda não chegaram a passar por capacitações ou qualquer atividade em grupo, tendo em vista o cenário de pandemia, que requer isolamento social.

Geralmente a gente consegue adquirir isso durante a graduação de forma indireta. Sabe um ou outro professor até comenta o que você deve acreditar na internet. O que é confiável e o que não deve ser. Em uma ou outra disciplina sobre estudos epidemiológicos e científicos a gente acaba aprendendo, e por fim na hora de pesquisar no Google, se for pra pesquisar algum artigo científico a gente consegue avaliar se aquele estudo é ou não creditado. (Médico 18).

Durante as práticas, a depender de cada professor e da experiência pessoal de cada um. E também né, dependendo do atendimento e se fosse conveniente, o professor orientava. Na graduação a gente pegava os usuários que já chegavam com uma demanda específica porque viram na internet. Aí o professor explanava a experiência pessoal para contornar uma situação assim, mas nunca realmente a gente teve nada específico, direcionado para aquele tipo de situação. (Médico 21).

Os usuários também relatam nunca terem recebido nenhum tipo de capacitação sobre como acessar conteúdo de qualidade na internet. *“Nunca recebi nada. Uso muito pouco, olho mais notícias. Fico com medo então nem olho muita coisa”*. (GF- Usuário 6).

Importante resgatar conceitos abordados anteriormente neste trabalho, quais sejam Educomunicação e Literácia em Saúde, que tratam justamente do desenvolvimento de ações educativas que possam ir além da simples capacitação operacional sobre como usar e fazer pesquisas na internet, mas ensinar a utilizar a tecnologia de forma que estimule uma consciência crítica e participativa e que de fato possa fazer a diferença no relacionamento do paciente com os profissionais de saúde. (VIANA, 2017; CITELLI, 2019).

Uma das consequências da falta de investimento em ações de educação e comunicação em saúde tanto para usuários quanto para profissionais de saúde é a verdadeira infodemia de *fake news* voltadas a essa área, impulsionadas principalmente pela pandemia de covid-19. *“É tão difícil conter uma notícia falsa. O pior de tudo que não sabemos como parar isso. É bem complexo”*. (Médico 17).

Os médicos enfatizaram em suas falas o quanto a avalanche de notícias falsas, impulsionadas principalmente a partir da pandemia, influenciaram diretamente no relacionamento com os pacientes, ao ponto de estes exigirem a prescrição de determinados medicamentos que circulavam como eficazes contra a doença e também a acreditarem em boatos que impediram a vacinação.

No início, no pico da pandemia vinha muita gente exigindo medicamentos que já foram provados não ter eficácia e gerava um pouquinho de conflito porque os pacientes acham que informações, que nem sempre são comprovadas, difundidas em sites sem confiança, eles acham que é uma certeza absoluta. E aí é necessário a gente parar até um pouco mais o atendimento, explicar direitinho tudo. (Médico 8).

Do mesmo jeito que há bastante acesso à informação, nós temos pacientes que sofrem de ansiedade nesse momento de isolamento e muitas vezes nem têm os sintomas da covid, mas de tanto serem relatados, somatizam e chegam com queixas que a gente não pode descartar porque o paciente está relatando, mas a gente percebe que é mais para ansiedade nutrida pelas informações que fornecem. Eles acreditam realmente, então a gente já está naquela parte psicossomática. (Médico 4).

Sim, como no caso da vacina, né que o senhorzinho não tomou porque disse que uma vacina boa teria que ser fabricada em dez anos e não em seis meses. E a gente teve vários aqui que não se vacinaram por diversos motivos, mas relacionados a notícias falsas. Ah, porque vão injetar um *chip* em mim e todas essas barbaridades que a gente vê na internet. (Médico 11).

Ao serem questionados nos grupos focais sobre os riscos das *fake news* e suas experiências envolvendo o acesso ou compartilhamento desse tipo de informação, alguns usuários da ESF Eusébio relataram que contra informações falsas a saída é buscar fontes confiáveis e acreditar na Ciência.

Já recebi demais, mas não acreditei. Li que a vacina era uma campanha pro governo ganhar dinheiro em cima do povo, que a vacina Janssen ia vir vencida... Eu estudo, né? Então tô sempre lendo livros, artigos, entrevistas, me livro das *fake news* assim. Tenho uma amiga muito próxima que inclusive estou me afastando que pegou covid e disse que não ia tomar vacina, porque já estava imune. (Grupo Focal 01).

Também recebi sobre a vacina, mas não acreditei. Estou ansiosa para a minha segunda dose. Me livro dos boatos acreditando na ciência, é o que a gente pode fazer, né? Só estava com medo da reação, mas graças a deus não senti nada. (Grupo Focal 03).

Sim, recebi. Tem muito boato. Assisto muito jornal, quando o assunto é pandemia gosto de estar por dentro. A última notícia que vi era sobre a vacina, sobre a eficácia dela, o povo inventa muita coisa. (Grupo Focal 02).

Usuários também confirmaram em suas falas alguns dados de pesquisas levantados na revisão bibliográfica desse estudo. Por exemplo, demonstraram que as notícias falsas

atingem somente o outro e que eles próprios são capazes de identificar conteúdo falso, ao receberem. (IPSOS, 2018; MURPHY *et al.*, 2019). *“Assim que vejo, identifico logo que tem cara de ser fake news. Aí eu não repasso, acho absurdo, mas tem muita gente que repassa”*. (GF - usuário 4).

Já recebi sobre a vacina. Uns dizem que não é pra tomar, outros que faz mal, que não presta e aí acaba confundindo quem não tem muita informação. A gente tem que conversar e explicar que é mentira, é uma maneira da gente se proteger. Eu leio muito jornal e vejo quando é *fake news*, porque o que colocaram no grupo não bate com o que o jornal tinha falado. Algumas pessoas não acreditam, mas aí eu falo que é mentira. (Grupo Focal 02).

Sim, sobre a vacina também. Fica confuso, mas eu acredito na solução. Ela veio pra resolver o problema. É muito relativo, todo mundo quer falar de tudo, se a gente for acreditar em tudo... eu ignorei. (Grupo Focal 03).

Eu busco nos sites oficiais, no site do Ministério da Saúde, no da própria prefeitura de Eusébio, porque as *fake news* são combatidas pelos sites oficiais e se tá vindo do ministério, de um profissional renomado, não vai ser mentira. (Grupo Focal 03).

Outro ponto interessante na fala dos entrevistados coincide com a pesquisa de Pennycook; Rand (2021) sobre a psicologia das notícias falsas. Os autores encontraram que o compartilhamento desse tipo de informação acontece muito mais por fatores como desatenção, ou ausência de um raciocínio cuidadoso, do que propriamente por motivação intencional de fraudar informações. Apuke; Omar (2020) concluíram que o compartilhamento se dá principalmente entre parentes e amigos, com o intuito de alertar sobre determinado assunto que possa colocar em risco a saúde. *“Quando eu vejo algo importante e confiável eu jogo lá no grupo da família pra alertar todo mundo”*. (GF - usuário 1).

Compartilho com a minha família e meus amigos, mas só quando sinto segurança. Quando a notícia é verdadeira eu faço questão de compartilhar pra alertar as pessoas. (Grupo Focal 02).

Sempre compartilho com a minha família, mas antes passo para a minha Agente de Saúde, que é muito próxima a mim. Como ela está dentro de um núcleo com mais informações sobre saúde, é muito melhor do que eu passar sem antes conferir. Principalmente, porque tenho um pai idoso. (Grupo Focal 02).

Eu só compartilho pra quem eu sei que tem o mesmo pensamento que eu. Meus amigos que acreditam no que eu acredito e para os familiares que eu sei que concordam comigo. (Grupo Focal 03).

Compartilho com a minha família. Não confiro se é verdade, porque eu costumo receber de pessoas de confiança. (GF - usuário 16). Eu mando logo pros meus filhos. (Grupo Focal 03).

Assim como os médicos, os usuários da ESF Eusébio afirmaram ser importante a realização de ações de educação e comunicação em saúde tanto para identificar *fake news* quanto para poderem fazer consultas na internet para acessar conteúdos de qualidade. *“Eu adoraria, porque não sei muita coisa. Queria aprender a usar os aplicativos, saber mais como pesquisar no Google”*. (Grupo Focal 02).

Não tenho muita intimidade com a internet, então seria muito bom começando por mim. Gostaria de saber os sites confiáveis, como saber se uma matéria é *fake news* ou não, seria muito bacana. (Grupo Focal 01).

Seria ótimo, porque aqui na sala todas são mais esclarecidas, mas tem muita gente desinformada que vai ser capaz de acreditar no que qualquer um vai dizer, entendeu? Se alguém chegar e disser “para o que você tem não existe tratamento”, ela vai acreditar a não vai atrás de curar, então tem muita gente que não tem acesso à informação e seria beneficiado com isso. (Grupo Focal 02).

Claro, ainda mais na época que a gente vive que é tudo digital agora. Se eu fizesse um curso iria ajudar meus filhos. (Grupo Focal 03).

Os usuários também demonstraram interesse em receber informações direto da sua UBS ou território, por meio de aplicativos como o Whatsapp. Um participante chegou até a relatar uma experiência com os agentes comunitários de saúde. *“Com certeza eu queria um grupo de zap. Nem todo mundo mora próximo ao posto e receber uma informação pelo celular ia ser muito mais fácil”*. (Grupo Focal 01).

Acho importantíssimo. Queria que todas as pessoas tivessem a oportunidade de aprender a manusear a internet. Acho que o ser humano daqui pra frente que não conseguir ter acesso a internet vai morrer, porque até um pagamento hoje em dia você faz pelo celular e dá pra aprender muita coisa também. Na saúde também, as Agentes de Saúde estão de parabéns, elas criaram um grupo com a gente para passar informações e ter contato direto. Então quando o assunto é consulta, exame, plantão, eu nem preciso sair de casa, elas falam tudo por aqui. Quando o assunto é assistência a gente tá muito bem organizado por aqui. (Grupo Focal 01).

Seria interessante, porque aprender nunca é demais. Se a gente tivesse contato direto com a UBS dizendo dia de campanha, vacinação, distribuição de remédio seria muito bom. (Grupo Focal 01).

A agente do meu bairro é fantasma, se tivesse esse grupo com ela a gente ficaria muito mais informado e ela nem precisaria aparecer no bairro. Por telefone é muito mais prático né? (Grupo Focal 03).

Nesse contexto, autores propõem a adoção de medidas de alfabetização digital, tendo em vista que quanto maior o conhecimento formal, mais céticas e críticas ficam as pessoas em relação a conteúdos falsos. Um letramento que passa também pela disseminação de informações científicas em linguagem acessível, uso criativo de mídias sociais e plataformas de internet como o Google e o Youtube, produção de *podcasts*, vídeos, *lives*, realização de

workshops e até mesmo a inserção desse conteúdo no currículo acadêmico em todos os níveis de ensino. Tais medidas teriam o intuito de apresentar a Ciência de forma mais acolhedora e próxima do cotidiano, além de fortalecer nas pessoas uma responsabilidade social voltada ao interesse coletivo. (ISLAM *et al.*, 2021; DANTAS; MAIA, 2021; LIU, 2021).

Os médicos entrevistados nesta pesquisa também sugeriram várias ações de educação e comunicação em saúde voltadas à categoria, aos demais integrantes das EqSF e aos usuários. Alguns propuseram atividades no contexto local, que poderiam ser aproveitadas nacionalmente e vice-versa.

Informando, facilitando o acesso para muitos profissionais, porque hoje o surgimento de plataformas é muito grande, então tem profissionais que acabam não acompanhando. Que tem medo de acessar sistemas. Desenvolver ferramentas simples, informações que tirem as dúvidas dos profissionais, que nos acolha também, que tenha uma padronização, um fórum tira-dúvidas onde os profissionais possam interagir entre si, ter um suporte dos órgãos competentes. (Médico 4).

Uma plataforma para trocar experiência de trabalho, informar sobre assuntos importantes como a vacinação, juntando as vozes de todos os profissionais para entender a realidade em diversos pontos e ter a orientação geral de uma instituição. (Médico 7).

Em se tratando de informação sugiro que poderia ser virtual, pois atenderia profissionais que estão em locais distantes. Tem o tema que você estuda e depois pode discutir em fóruns ou outras discussões virtuais. Se pudesse ter a participação de algum usuário ou atores seria interessante. Acho que poderia ser um pra nível superior e outro para profissionais como os ACS e ACE, que são bombardeados com perguntas e vem tirar as dúvidas com a gente. Então eles deveriam ter uma formação à parte. (Médico 14).

Os médicos também sugeriram ações específicas voltadas aos usuários. O estudo de Cruz; Rocha e Giaxa (2018) apontou que a capacitação em habilidades de comunicação fortalece o vínculo do usuário não apenas com o profissional que o atendeu, mas fomenta uma fidelidade e credibilidade com a unidade de saúde.

Então se você pega um grupo e troca informações e de repente essa informação dissemina, de uma passa para outro que repassa para outro, por exemplo. Se a gente começa a trabalhar uma educação de qualidade, com médico, enfermeiro, nutricionista, a gente desmistifica alguns mitos na linguagem deles, na maneira como eles falam. Nossa, isso tem um efeito muito grande. (Médico 17).

Talvez ensinar os pacientes como pesquisar na internet e procurar sites que tenham mais informações precisas um pouco mais fiéis. Acho que mais orientar onde procurar e explicar que o que encontram não significa um diagnóstico fechado. É por aí. (Médico 20).

Um dos médicos entrevistados, já desenvolve algumas atividades virtuais com pacientes diabéticos, se utilizando de redes sociais, aplicativos e plataformas de internet. Para

Almeida (2019) esse estímulo à comunicação por parte do profissional fomenta a participação dos usuários no cuidado com a saúde individual e coletiva.

Temos um grupo pequeno (de *Whatsapp*), mas como você vê, o pessoal participa muito. Sugiro sites específicos, tiro dúvidas, principalmente sobre alimentação. Agora estou querendo fazer reuniões de uma hora, porque nossos encontros foram interrompidos por causa da pandemia. Eu não sou muito de fazer YouTube, mas eu acho que dá para fazer e divulgar para alcançar mais pessoas. (Médico 16).

Outros médicos também relataram experiências de comunicação desenvolvidas no âmbito da ESF com vistas à educação em saúde e aproximação com a comunidade. Lembrando que o acesso à informação amplia o direito à comunicação e incentiva uma postura reflexiva e diálogo horizontal. (NISHIZIMA; ARAÚJO, 2020).

Aqui existe o Ação Urucunema, é um grupo da comunidade mesmo que faz ações aqui, às vezes uma campanha para uma cadeira que o paciente está precisando, ou então é para propagar informações, tipo está propagando o boletim informativo da covid que antes era postado no Instagram da prefeitura do Eusébio. Então esse boletim está conseguindo alcançar mais pessoas. (Médico 6).

Aqui no posto, o que a gente faz às vezes é criar alerta de saúde pelo WhatsApp. E tem um grupo da área de descoberta aqui do nosso postinho. São quatro áreas cobertas e uma área descoberta que tem um grupo do WhatsApp, que tem boa parte dos pacientes de cada família nesse grupo. Aí quando tem campanha de vacinação, a gente coloca lá, sobre covid, principalmente alertas para ficar em casa. (Médico 8).

Alguns médicos das UBS Eusébio entrevistados nesta pesquisa, consideram que somente treinamentos e ações isoladas não resolvem a questão, que é mais de base, estrutural.

Então assim na minha visão a questão principal não é nem assim um treinamento que fosse resolver. Eu acho que o problema é mais profundo, é um problema de educação da população, porque se a educação fosse melhor, as pessoas teriam mais conhecimento e poder avaliar tal informação, porque existem tantas informações que você bate o olho assim e vê que não, pela simples biologia, pelo básico das coisas você vê que não pode fazer sentido. Então assim um treinamento eu não vou saber dizer assim, mas eu acho que o problema é bem na base, sabe? (Médico 11).

Na verdade, o problema não é a internet, é a baixa escolaridade das pessoas. Então a internet é uma ferramenta muito eficaz, mas infelizmente tem que ter uma cognição, uma escolaridade boa para saber discernir. (Médico 12).

Ações desde o período da graduação também foram sugeridas pelos médicos da UBS Eusébio durante as entrevistas deste estudo. A lacuna de capacitação sobre o tema persiste desde a Universidade até a ESF. Situação que coaduna com o pensamento de Dias; Monteiro (2018) ao observar que os profissionais ao desenvolver habilidades de comunicação descoladas de um projeto de educação em saúde terão o relacionamento com seus pacientes afetados, tanto no contexto terapêutico quanto no interpessoal.

Eu acho que seria importante treinar principalmente a questão de uma boa relação médico-paciente. Essa é a base, que a gente devia aprender na faculdade, durante a graduação, mas que muita gente passa despercebido ou não dá tanta importância por considerar uma coisa mais simples, uma besteira. Porque se eu estabeleço uma boa relação eu consigo que o paciente possa confiar em mim, independente do que ele viu ou não na internet ele vai confiar no que estou dizendo. (Médico 11).

Pelo menos na faculdade que eu vim poderia ter (treinamento) voltado para essa parte de pesquisa para orientar o profissional sobre o que você deveria confiar ou não. Porque até mesmo os aplicativos mais conhecidos na área de auxílio médico, eles também contêm erros. (Médico 18).

Sobre o acesso do paciente à internet, são mais as orientações dos professores durante a faculdade, de como lidar com isso. Sobre o uso da internet por profissional de saúde também durante o curso a gente tem muito estímulo a sempre se atualizar, dizendo quais são as plataformas de artigos científicos, como pesquisar. Mas aqui na Estratégia não costumo discutir assim com ninguém sobre isso. (Médico 8).

Diante dos relatos de médicos e usuários da ESF Eusébio ouvidos nesta pesquisa, fica, portanto, evidente a ausência de se priorizar qualificação em temas relacionados à comunicação e saúde, principalmente na área de saúde digital e internet. Os resultados demonstram claramente a necessidade de investimento em políticas e ações voltadas a esse propósito, tanto na rotina de trabalho, envolvendo profissionais de saúde e usuários, quanto nos cursos de graduação em Medicina. A saúde do futuro é digital e a comunicação é instrumento de acesso, uso e exercício da cidadania.

11. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A comunicação é estruturante nos processos sociais. É uma necessidade básica do homem enquanto ser inserido em sociedade. Ao mesmo tempo se constitui como um espaço de produção de sentidos e relações de poder. No campo da saúde é essencialmente um direito de cidadania que deve ser garantido às pessoas no sentido de alcançarem um completo bem-estar físico, mental e social. Nesse contexto, está o relacionamento entre dois indivíduos, médico e paciente, que vem passando por modificações ao longo dos séculos e com o advento e propagação da internet vive uma nova configuração.

A presente pesquisa buscou compreender a influência da internet, mais especificamente das buscas ao Dr. Google, nessa nova relação médico-paciente e constatou que sim, muitas nuances precisam ser consideradas, mas não sob um contexto apocalíptico do fim ou enfraquecimento de um dos lados, diante do empoderamento do outro, e sim em um fenômeno que pode ser resumido em uma palavra bastante em voga no universo interconectado: compartilhamento. Nesse relacionamento, a internet abre uma gama de possibilidades para compartilhar ideias, cuidados e responsabilidades.

Diante de tão instigante tema, procurou-se atender aos objetivos delineados nesta pesquisa, na medida em que se buscou fomentar uma reflexão acerca da influência das consultas à internet (dr. Google) nas novas relações médico-paciente, tudo isso em um espaço de relevância para o Sistema de Saúde brasileiro, que é a Estratégia Saúde da Família. Algumas das principais situações em que usuários e médicos consultam o dr. Google sobre assuntos de saúde foram identificadas, assim como os riscos causados pelas notícias falsas que circulam na rede e a percepção de médicos e pacientes a partir do novo diálogo permeado de informações acessadas na internet. Constatou-se também algumas necessidades de ações de comunicação e educação em saúde voltadas ao uso das tecnologias digitais tanto no ambiente de trabalho, envolvendo médicos e usuários, quanto nas universidades.

Nessa trilha, a pesquisa ouviu dos pacientes *experts* e interconectados, que entrar no consultório médico munido de informações consultadas no Dr. Google, não significa afrontar a autoridade daquele médico que estudou e se preparou para exercer tal função; porém, do seu lugar de fala, eles querem ser ouvidos. O acesso ao conhecimento por meio de outras fontes os fez compreender que também são parte e querem ser parte, querem participar de seus planos terapêuticos e anseiam que o profissional que está ali de branco, atrás do computador, não apenas reconheça isso, mas valide, atue como orientador, confie neles também para que de fato possa ser estabelecida uma relação configurada de forma horizontal. Há também os

usuários que acessam a internet por comodidade, por considerarem mais fácil consultar o dr. Google e obter diagnóstico e tratamento após alguns cliques do que se dirigir a uma unidade de saúde e buscar atendimento médico. Entretanto, nesta pesquisa o relato dessa prática foi minoria.

Ao refletirem sobre suas percepções e sentimentos acerca da necessidade de fazer pesquisas sobre saúde na internet, os pacientes expressaram nos grupos focais a importância da busca de um olhar, não mais de baixo para cima, mas olho no olho, à mesma altura, porque eles também pesquisam e se esforçam para adquirir um conhecimento que precisa ser considerado, e que deve alçá-lo a um lugar de membro da equipe que cuida de sua própria saúde.

Encontrou-se nesse estudo que a busca por informações sobre saúde geralmente acontece durante manifestação dos primeiros sintomas, antes de procurar atendimento médico. Observou-se que a ida ao dr. Google pode acontecer também depois da consulta, dependendo do quanto de confiança e clareza no diálogo médico-paciente é de fato consolidado. Restando dúvidas, está ali ao alcance de um clique o dr. Google, que esclarece sobre o tratamento prescrito, apresenta outras alternativas, disponibiliza as bulas dos remédios, "ensina" a tomar ou mostra opiniões que desaconselham seu uso totalmente.

Os pacientes reconhecem que muitas vezes a internet atua como uma "segunda opinião", em outras estimula e facilita a automedicação. Por outro lado, o dr. Google também pode confirmar aquela prescrição do médico, sugerir mudanças no estilo de vida e métodos que serão bastante úteis ao tratamento. Médicos e pacientes ouvidos nessa pesquisa são unânimes em dizer que o Google pode atrapalhar, ser um vilão, mas pode assumir também o papel de aliado e ser muito útil no processo do cuidado. Entretanto, esse direcionamento depende do nível educacional e do letramento digital de quem o acessa.

As *fake news* sobre saúde, um dos temas aprofundados nesta pesquisa, são uma realidade infodêmica que cresceu assustadoramente com a pandemia de covid-19. Conforme os relatos dos médicos ouvidos, há casos em que até para os profissionais fica difícil identificar e discernir determinadas informações que circulam na internet, e mais complicado ainda explicar e convencer o paciente que chega ao seu consultório com opinião fundada em notícias falsas, geralmente repassadas por pessoas "de confiança" que abrem uma concorrência difícil com aquele médico com o qual geralmente se está falando pela primeira vez.

Ao aprofundar o estudo sobre relacionamento médico-paciente, constatou-se o desenvolvimento de habilidades de comunicação como fundamental para a construção de um cuidado humanizado, consciente e participativo. Os pacientes relataram muito forte a necessidade do olhar de seu médico, olhar no sentido de enxergar uma pessoa que está ali em

busca de acolhimento e cuidado. Confessam que diante da falta de clareza no diálogo o que lhes resta é consultar o dr. Google. Já os profissionais reconhecem a importância dessa atenção a cada um de seus pacientes, porém a falta de capacitação em técnicas como a ativação do conhecimento aliada à pressão sobre o tempo e quantidade de pessoas a serem atendidas, os impede de aprofundar esse contato. O reflexo dessa frágil relação pode ser constatado nas ausências em retornos de continuação do tratamento, principalmente em tempos de covid, em que os atendimentos se concentraram no viés emergencial.

As entrevistas revelaram que o médico reconhece a importância de seu papel como educador em saúde e sabe que sua competência para falar carrega uma credibilidade que continua respeitada pelo paciente. Tais condições o credenciam como um moderador de pesquisas sobre saúde em plataformas como o Google, redes sociais, aplicativos etc. Os médicos entrevistados demonstram saber das possibilidades de utilizar as informações encontradas em favor de um plano terapêutico de sucesso, potencializando as ferramentas que as tecnologias da informação lhe proporcionam.

Porém, a fala dos profissionais de saúde mostrou a insegurança e ausência de capacitação na área como um desestímulo para exercer com plenitude esse papel, eximindo-se, por exemplo, de sugerir sites confiáveis a seus pacientes. Já estes pacientes interconectados anseiam por essas sugestões sobre onde e como acessar conteúdo de qualidade e que, de fato, agregue conhecimento para seu plano de cuidado em saúde e os faça sentir pertencentes a essa equipe.

Ora, mas como imputar tamanha responsabilidade aos médicos sem capacitá-los para além das questões clínicas e biológicas? Como aproximá-los dos pacientes sem conscientizá-los de que até mesmo o layout do consultório, o lugar onde está a cadeira e o computador em cima da mesa podem atrapalhar esse processo? Como exigir dos médicos uma ativação dos pacientes se eles aprenderam apenas a perguntar ao final da consulta se resta alguma dúvida e acreditam que não há problema em entregar uma receita praticamente ilegível? Quantas aulas esses profissionais que saíram da universidade diretamente para atender na linha de frente de uma pandemia tiveram sobre ressignificação da receita, acolhimento, comunicação verbal e não-verbal? Essa pesquisa encontrou que foram pouquíssimas vivências com esse tipo de abordagem e quando aconteceram, existiram por iniciativa isolada de um ou outro professor. Das muitas interrogações acima, alguns médicos sequer tinham ouvido falar.

O Ministério da Educação formalmente reconhece a importância da comunicação como uma competência transversal na graduação em Medicina, tanto que esse tema foi inserido nas Diretrizes Curriculares Nacionais deste curso desde 2014. Entretanto, os relatos dos

médicos ouvidos nesta pesquisa mostram que essa formação ainda não foi incorporada com o devido destaque nos currículos.

Também nos locais de trabalho, as capacitações com foco em habilidades comunicacionais praticamente inexistem, mesmo na Estratégia Saúde da Família, que tem em suas bases fundantes o desenvolvimento de ações de prevenção e promoção da saúde, estimulando o uso de tecnologias leves e humanizadas para o êxito do cuidado integral a que se propõe.

Quando se aborda o tema das tecnologias, a literatura científica aprofundada nesta pesquisa mostra que o grande diferencial da saúde digital será a utilização de todo o aparato de inovação tecnológica em favor do fortalecimento de uma conexão humanizada entre profissionais de saúde e usuários. A Medicina do Futuro encontra seus pilares no modelo de atuação da ESF, com um trabalho desenvolvido por uma equipe multiprofissional, atuando integrada à comunidade e com objetivos que considerem os determinantes sociais que influenciam o processo saúde-doença.

Tal premissa foi constatada nesta pesquisa por meio de experiências informais de comunicação desenvolvidas pelos próprios profissionais de saúde em parceria com a comunidade. Identificou-se casos do uso de aplicativos populares, como o Whatsapp, pelo médico e um grupo de pacientes para trocar informações sobre diabetes, e em outra UBS um grupo criado para informar sobre campanhas de vacinação e esclarecer dúvidas sobre a covid-19. Ações simples que demonstram as inúmeras possibilidades de utilização das tecnologias de comunicação como ferramentas de aproximação entre profissionais e usuários com vistas a um cuidado integral, nos moldes do que a ESF requer.

É o olhar humanizado que vai diferenciar o atendimento de um médico do de um robô, *chatbot* ou dr. Google. Porém, isso não significa que as tecnologias estão chegando para competir com os profissionais, muito pelo contrário, são instrumentos poderosos que se bem explorados podem causar uma verdadeira revolução na universalização do acesso à saúde e ampliação do cuidado integral e equânime, tal como preconizam as bases fundantes do SUS.

Assim, chega-se ao final deste estudo reconhecendo algumas limitações, sendo a principal delas o fato de coincidir o desenvolvimento da pesquisa com a pandemia de covid-19, que desafiou o mundo, especialmente na área da saúde, a priorizá-la e enfrentá-la. Deste modo, a pesquisa de campo foi desenvolvida em um clima de tensão por parte de pesquisador e pesquisados, visto que ao redor circulava um vírus mortal. No ambiente da UBS, havia que se respeitar a grande movimentação nos corredores e consultórios, tentando reduzir e otimizar ao máximo o tempo das entrevistas para não prejudicar o atendimento.

Nos grupos focais, considera-se que o temor da contaminação afastou as pessoas, reunindo um público menor do que o esperado inicialmente. A mudança na rotina das UBS também inviabilizou a observação de atividades em grupo que aconteciam antes da pandemia e seriam importantes para aprofundar o conhecimento acerca das atividades de educação em saúde no cotidiano de trabalho.

Mesmo com todos os desafios e limitações ao longo do caminho, encontrou-se nesta pesquisa que, de fato, a busca de conteúdos na internet por meio de plataformas como o Google influenciam sim na relação médico-paciente, ao ponto de fomentar uma mudança de comportamento entre esses dois sujeitos a partir da democratização acesso à informação, seja ela de qualidade ou *fake news*. O fato é que antes o conhecimento estava centralizado no médico e agora chega a outra parte da relação abrindo espaço inclusive para a conscientização da comunicação como um direito de cidadania.

E nessa construção incessante do conhecimento científico ficam aqui algumas lacunas a serem aprofundadas nas próximas pesquisas, entre as quais destacam-se a necessidade de realizar estudos acerca do ensino da comunicação nas faculdades de Medicina e demais cursos da saúde, enfatizando para além das habilidades, a comunicação como um direito de cidadania. Outro ponto fundamental é a oferta de capacitações e outras atividades educativas no ambiente de trabalho da ESF voltadas a profissionais de saúde e usuários tratando dos temas internet, comunicação e *fake news*.

E por fim, fica uma questão de suma importância para o desenvolvimento de novas pesquisas: analisar a apropriação e utilização das tecnologias de saúde digital por profissionais, usuários e gestores com vistas a conhecer, observar e planejar todo o potencial de um trabalho interconectado, interoperável, universal e democrático, que faz parte de um futuro breve, mas que também já está presente.

REFERÊNCIAS

ABD-ALRAZAQ, Alaa; ALHUWAIL, Dari; HOUSEH, Mowafa; HAMDI, Mounir; SHAH, Zubair. Top Concerns of Tweeters During the COVID-19 Pandemic: Infoveillance Study. **Journal of Medical Internet Research**, [S. l.], v. 22, n. 4, p. e19016, 2020. DOI: 10.2196/19016. Acesso em 01 out 2020.

AHMAD, I.; FLANAGAN, R.; STALLER, K. Increased Internet Search Interest for GI Symptoms May Predict COVID-19 Cases in U.S. Hotspots. **Clin. gastroenterol. hepatol.**, [S. l.], p. S1542356520309228, 2020. DOI 10.1016/j.cgh.2020.06.058. Acesso em: 11 nov. 2020.

AHMED, Wasim; VIDAL-ALABALL, Josep; DOWNING, Joseph; LÓPEZ SEGUÍ, Francesc. COVID-19 and the 5G Conspiracy Theory: Social Network Analysis of Twitter Data. **Journal of Medical Internet Research**, [S. l.], v. 22, n. 5, p. e19458, 2020. DOI: 10.2196/19458. Acesso em: 8 nov. 2020.

AKEEL, Aisha Umar; MUNDY, Darren. Re-thinking technology and its growing role in enabling patient empowerment: **Health Informatics Journal**, [S. l.], v. 25, n. 4, pág. 1278–1289, 2019. DOI: 10.1177/1460458217751013. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1460458217751013>. Acesso em: 11 nov. 2020.

ALMEIDA, C. V. Modelo de comunicação em saúde ACP: As competências de comunicação no cerne de uma literacia em saúde transversal, holística e prática. In C. Lopes & C. V. Almeida (Coords.), **Literacia em saúde na prática** (pp. 43–52) [Ebook]. Edições ISPA, 2019.

ALMEIDA, Lúgia Beatriz Carvalho. **Planejando projetos de intervenção em educomunicação**. [S. l.], 2016. DOI: 10.13140/RG.2.1.2915.7526. Disponível em: <http://rgdoi.net/10.13140/RG.2.1.2915.7526>. Acesso em: 21 de ago de 2020.

ALMEIDA, Patty Fidelis De. Atenção primária à saúde no Brasil e os 40 anos de Alma-Ata: reconhecer os desafios para seguir adiante. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 34, n. 8, 2018. DOI:10.1590/0102-311x00136118. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2018000800201&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 16 set 2020.

ALVAREZ-RISCO, Aldo; MEJIA, Christian R.; DELGADO-ZEGARRA, Jaime; DEL-AGUILA-ARCENTALES, Shyla; ARCE-ESQUIVEL, Arturo A.; VALLADARES-GARRIDO, Mario J.; PORTAL, Mauricio Rosas del; VILLEGAS, León F.; CURIOSO, Walter H.; SEKAR, M. Chandra. The Peru Approach against the COVID-19 Infodemic: insights and strategies. **The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene**, [S.L.], v. 103, n. 2, p. 583-586, 5 ago. 2020. American Society of Tropical Medicine and Hygiene. <http://dx.doi.org/10.4269/ajtmh.20-0536>. Acesso em: 11 nov. 2020.

ANDRADE, L.O.M., Barreto, *et al.* A Estratégia Saúde da Família e o SUS. In: ROUQAYROL, Maria Zélia (Org.). **Epidemiologia e Saúde**. Rio de Janeiro: Medbook, 2018. P. 557-577.

ANDRADE, Luís Odorico M.; VALTER, Raimundo; RAMOS, Ronaldo; VIDAL, Vânia; ANDRADE, Daniel; OLIVEIRA, Mauro. LARIISA: uma plataforma inteligente para auxiliar os tomadores de decisão no sistema público de saúde brasileiro. In: Anais do 25º SIMPÓSIO BRASILEIRO DE MULTIMÍDIA E WEB 2019, Rio de Janeiro Brasil. **Anais [...]. In: WEBMEDIA '19: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE MULTIMÍDIA E WEB.** Rio de Janeiro Brasil: ACM, 2019. p. 501-504. DOI: 10.1145/3323503.3362122. Disponível em: <https://dl.acm.org/doi/10.1145/3323503.3362122>. Acesso em: 09 nov. 2020.

ANSAH, Deidra; HOYME, Derek; DIVEKAR, Abhay. “Doctor Google” and the new era of patient empowerment through internet. **Journal of the American College of Cardiology**, [S. l.], v. 69, n. 11, p. 2417, 2017. DOI: 10.1016/S0735-1097(17)35806-0. Acesso em: 08 Jun. 2020.

APUKE, O. D.; OMAR, B. Fake news and COVID-19: modelling the predictors of fake news sharing among social media users. **Pesquisa em Educação em Saúde**, [S. l.], v. 35, n. 5, p. 490-503, 2020. DOI 10.1093/her/cyaa030. Acesso em: 8 mai. 2020.

ARAGÃO, Soraya Rodrigues. O Modelo Biomédico X o Modelo Biopsicossocial na explicação da depressão. **Revista Científica Cognitions**, volume 1, número 1, 2019. Disponível em: <http://unilogos.org/revista/wp-content/uploads/2019/07/o-modelo-biom%20dico-x-o-modelo-biopsicossocial-na-explica%20e%20o-da-depress%20o-072019.pdf>. Acesso em 03 dez 2020.

ARANTES, Ana Cláudia Quintana **A morte é um dia que vale a pena viver**. Alfragide, Portugal: Oficina do livro, 2019. 216p.

ARAÚJO, I. S. Tensões e sinergias entre o público e o privado em um campo em movimento: anotações para uma pauta de pesquisa em Comunicação e Saúde. In: Paulo César Castro. (Org.). **Dicotomia público/privado: estamos no caminho certo?** 1ed. Maceió: EDUFAL - Editora da Universidade Federal de Alagoas, 2015, v. 1, p. 167-186.

ARAÚJO, I. S.; Cardoso, J. M.; Murtinho, R. “A Comunicação no Sistema Único de Saúde: cenários e tendências”. In: **Revista Latinoamericana de Ciencias de la Comunicación**. Ano 6, n.10 (1.o sem.2009). ALAIC, São Paulo, 104-115.

ARAÚJO, I.S e CARDOSO, J.M. **Comunicação e Saúde**. 2ª edição. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014.

ARAÚJO, I.S.; OLIVEIRA, V.C. “Comunicação e Mediações em Saúde: Um olhar a partir do Programa de Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde (ICICT/Fiocruz)”. In: **RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**. Rio de Janeiro, v.6, n.3, set., 2012. DOI: 10.3395/reciis.v6i3.584pt. Acesso em 13 nov. 2020.

ARAÚJO, James Maxwell Fernandes. O direito à informação e o exercício da cidadania na saúde. **Revista Eletrônica do Curso de Direito da UFSM**, [S. l.], v. 10, n. 1, pág. 291–307, 2015. DOI: 10.5902 / 1981369419286. Acesso em 13 nov. 2020.

ASSENHEIMER, Aline; MOURA, Daniele De; BRUM, Zaléia Prado De; FONTANA, Rosane Teresinha; GUIMARÃES, Carine Amábile; SOARES, Narciso Vieira; LUCCA, Jane Conceição Perin. Comunicação interpessoal enquanto fator para a humanização do cuidado. **Revista Interdisciplinar em Ciências da Saúde e Biológicas – RICSB**, [S. l.], v. 2, n. 2, 2018. DOI: 10.31512/ricsb.v2i2.2743. Disponível em:

<http://srvapp2s.santoangelo.uri.br/seer/index.php/RICSB/article/view/2743>. Acesso em: 13 out. 2020.

AVAZZ. O Brasil está sofrendo uma infodemia de Covid-19. 2020. Disponível em: https://secure.avaaz.org/campaign/po/brasil_infodemia_coronavirus Acesso em 04 mai 2020.

BAKHTIN, M. **Marxismo e filosofia da linguagem Problemas fundamentais do método sociológico na ciência da linguagem**. São Paulo: Hucitec, 1992.

BARDIN Laurence. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BARON, Richard J.; BERINSKY, Adam J. Mistrust in Science — A Threat to the Patient–Physician Relationship. **New England Journal of Medicine**, [S. l.], 2019. DOI: 10.1056/NEJMms1813043. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMms1813043>. Acesso em: 7 out. 2020.

BARRETO, I. H., Pessoa, V. M., Sousa, M. A., Ribeiro, K. G., Vieira-Meyer, A. P., & Andrade, L. M. Complexidade e potencialidade do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde no Brasil Contemporâneo. **Saúde Debate**. v.42, n.1, pp. 114-129, set, 2018. DOI: 10.1590/0103-11042018S108. Acesso em 08 fev. 2020.

BARROS, José Augusto C. Pensando o processo de saúde doença a que responde o modelo biomédico? **Saúde e Sociedade**, [S. l.], v. 11, n. 1, pág. 67–84, 2002. DOI: 10.1590 / S0104-12902002000100008. Acesso em 08 mai. 2020.

BERNARDO, Mônica Oliveira. **Autoavaliação da empatia médica não é suficiente: médicos e estudantes podem se beneficiar da perspectiva do paciente para o seu crescimento = Empathy self-assessment is not enough: physicians and students can benefit from patient’s perceptive to grow**. [S. l.], 2019. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/REPOSIP/334241>, Acesso em: 01 out. 2020.

BODE, Leticia; VRAGA, Emily K. See Something, Say Something: correction of global health misinformation on social media. **Health Communication**, [S.L.], v. 33, n. 9, p. 1131-1140, 16 jun. 2017. Informa UK Limited. DOI <http://dx.doi.org/10.1080/10410236.2017.1331312>. Acesso em 08 mai. 2020.

BOURDIEU, Pierre (coord.). **A miséria do mundo**. 8ª edição, Petrópolis: Vozes, 2011.

BRASIL, Casa Civil. **Conecte SUS: estratégia digital unifica dados de saúde dos cidadãos para atendimento no SUS e na rede privada**. Disponível em: <https://www.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/noticias/2020/agosto/conecte-sus-estrategia-digital-unifica-dados-de-saude-dos-cidadaos-para-atendimento-no-sus-e-na-rede-privada>. Acesso em 09 nov 2020.

BRASIL, Congresso Nacional. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988/ organização do texto, notas remissivas e índices por Juarez de Oliveira. São Paulo: Saraiva, 1988. Disponível em https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/508200/CF88_EC85.pdf Acesso em 09 nov. 2020.

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. **Normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais**. DOU, nº 98, 24 mai 2016 - seção 1, páginas 44-46. Brasília, DF, 2016. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf> Acesso em: 21 out. 2020.

BRASIL, Presidência da República. **Lei nº 8.080/90, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde. Brasília, DF, 1990a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 20 nov. 2020.

BRASIL, Presidência da República. **Lei nº. 8.142/90, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS. Brasília, DF. 1990b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm Acesso em: 21 out 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080/1990, para dispor sobre a organização do SUS. Brasília, DF, 2011. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm. Acesso em: 16 set. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Governo deseja possibilitar acesso à internet aos postos de saúde de todo o país**. Disponível em: <https://www.gov.br/cgu/pt-br/governo-aberto/noticias/2020/4/governo-deseja-possibilitar-acesso-a-internet-aos-postos-de-saude-de-todo-o-pais>. Acesso em 09 nov. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. **SUS terá Consultório Virtual da Saúde da Família**. 22 abr 2020. Disponível em: <http://aps.saude.gov.br/noticia/8136>. Acesso em 09 nov. de 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 16 set. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos Ampliados de Saúde da Família. Brasília-DF, 2008. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html. Acesso em: 16 set. 2020.

BRAVO LOPEZ, Gisela; JURADO RONQUILLO, Maribel; TEJERA CONCEPCION, Juan Francisco. La comunicación médico paciente desde el inicio del proceso de formación. **Revista Cubana de Medicina Militar**, Ciudad de la Habana, v. 48, supl. 1, e401, 2019. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S013865572019000500014&lng=es&nr=iso, Acesso em: 01 out. 2020.

BUCK, C; LOPIS, A.; NÁJERA, E. & TERRIS, M. ed. - **El desafío de la Epidemiología: problemas y lecturas seleccionadas**. Washington, Organización Panamericana de la Salud, 1988. (Publicación Científica n? 505). 1077p. ilus. 25cm. (ISBN 92 75 31505 1).

CAMBRICOLI, Fabiana. **Brasil lidera aumento das pesquisas por temas de saúde no Google**. 10 fev 2019. Disponível em <<https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,brasil-lidera-aumento-das-pesquisas-por-temas-de-saude-no-google,70002714897>>. Estadão. Acesso em 19 set. 2019.

CAMPOS, Rosana Teresa Onocko et al. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúde debate [online]**. 2014, vol.38, n.spe, pp.252-264. ISSN 0103-1104. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2014S019>. Acesso em: 20 out. 2020.

CAPRARA, Andréa; RODRIGUES, Josiane. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 9, n. 1, pág. 139–146, 2004. DOI: 10.1590/S1413-81232004000100014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000100014&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 7 mai 2021.

CARVALHO, Fátima Cristina Dias De; VASCONCELOS, Thiago Brasileiro De; ARRUDA, Gisele Maria Melo Soares; MACENA, Raimunda Hermelinda Maia. Modificações nos indicadores sociais da região Nordeste após a implementação da Atenção Primária. **Trabalho, Educação e Saúde**, [S. l.], v. 17, n. 2, pág. e0018925, 2019. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00189. Acesso em: 20 out. 2020.

CARVALHO, Thiago Silva; MOTA, Daniel Marques; SAAB, Flávio. Utilização do software IRaMuTeQ na análise das contribuições da sociedade em processo regulatório conduzido pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Vigilância Sanitária em Debate**, [S. l.], v. 8, n. 1, pág. 10, 2020. DOI: 10.22239/2317-269x.01429.

CASTANEDA, Luciana. O Cuidado em Saúde e o Modelo Biopsicossocial: apreender para agir. **CoDAS**, [S. l.], v. 31, n. 5, pág. e20180312, 2019. DOI: 10.1590/2317-1782/20192018312. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2317-17822019000500201&tlng=pt. Acesso em: 20 mai. 2020.

CASTELANI, Alana Valle B. **A inserção de novas tecnologias na educação médica e na prática clínica**. 2020.1, (88 p.), Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP. Disponível em: <http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/340381> Acesso em: 07 mai. 2020.

CAVALCANTE, Fátima Gonçalves et al. Instrumentos, metodologia e método de abordagem qualitativa sobre as ideias suicidas de pessoas idosas. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 20, n. 6, pág. 1667–1680, 2015. DOI: 10.1590 / 1413-81232015206.03022015. Acesso em: 18 set. 2020.

CEARÁ, Escola de Saúde Pública. **Governo do Ceará possibilita quase 600 mil teleatendimentos durante pandemia**. 24 Jun 2020. Disponível em: <https://www.esp.ce.gov.br/2020/06/24/governo-do-ceara-possibilita-quase-600-mil-teleatendimentos-durante-pandemia/> Acesso em 07 nov. 2020.

CITELLI, A., SOARES, I., & LOPES, M. Educomunicação. **Comunicação & Educação**, 24(2), 12-25, 2019 DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9125.v24i2p12-25>. Acesso em 08 set. 2020.

CITELLI, Adílson. Comunicação e educação: implicações contemporâneas. **Educomunicação: Construindo uma nova área de conhecimento**. In: Adílson Odair Citelli e Maria Cristina Castilho Costa (Orgs). São Paulo: Paulinas. 2011. p. 59- 76.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (CNDSS). **Carta aberta aos candidatos à Presidência da República**. Setembro de 2006. Disponível em: <http://dssbr.org/site/sobre/>. Acesso em: 31 de ago. 2020.

CONEXÃO Digital. **Fake news: veja o que as redes sociais têm feito para combatê-las**. 2020. <http://equipedigital.com/noticia/fake-news-veja-o-que-as-redes-sociais-tem-feito-para-combate-las> Acesso em: 06 out 2020.

COSTA, Maria Cristina Castilho; ROMANINI, Anderson Vinicius. A educomunicação na batalha contra as *fake news*. **Comunicação & Educação**, São Paulo, v. 2, n., p. 66-77, dez. 2019. <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9125.v24i2p66-77>. Acesso em: 08 set. 2020.

CRESWELL, John W. **Projeto De Pesquisa: Métodos Qualitativo, Quantitativo e Misto**; Tradução Magda Lopes. – 3 Ed. – Porto Alegre: Artmed, 296p, 2010.

CRUZ, Carolina de Oliveira; RIERA, Rachel. Comunicando más notícias: o protocolo *Spikes*. **Diagnóstico Tratamento**, Unifesp, 2016;21(3):106-8. Disponível em: http://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/08/1365/rdt_v21n3_106-108.pdf Acesso em: 01 out 2020.

CRUZ, Josiane Pereira Leite da; GIAXA, Renata Rocha Barreto. Ensino e Avaliação de Habilidades de Comunicação em Estudantes de Medicina. In: IV SIMPÓSIO DE PESQUISA EM CIÊNCIAS MÉDICAS, 4., 2018, Fortaleza. **Simpósio**. Fortaleza: Unifor, 2018. p. 1-5. Disponível em: https://www.unifor.br/documents/392178/1915913/simposiocienciasmedicas2018_artigo_2_e_ensino_avaliacao_habilidades.pdf/c9e829ef-ed8c-dad5-900b-913fcd7f20cf Acesso em: 10 nov. 2020.

CUNHA, A.C.A. A educomunicação como meio de transformação: relato de experiência do Projeto Sinal Livre dentro das escolas nas comunidades no entorno da Arena Castelão. In: Ismar de Oliveira Soares (ed.), Claudemir Edson Viana (ed.), Paola Diniz Prandini (ed.). **Educomunicação, Transformação Social e Desenvolvimento Sustentável**. ABPEducom, v.1., São Paulo, 2020.

DANTAS, Luiz Felipe Santoro; DECCACHE-MAIA, Eline. Scientific Dissemination in the fight against Fake News in the Covid-19 times. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 9, n. 7, pág. e797974776 – e797974776, 2020. DOI: 10.33448/rsd-v9i7.4776. Acesso em: 18 nov. 2020.

DE MARCO, Mário Alfredo. **A face humana da Medicina: do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial**. 2ª edição, São Paulo, Editora Casa do Psicólogo, 2010.

DIAS, M.; MONTEIRO, L. **A comunicação no contexto das visitas domiciliares: uma investigação das percepções de profissionais e usuários na Estratégia Saúde da Família.** Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina - Universidade de São Paulo. 2018. DOI: 10.1177/1460458217751013. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1460458217751013>. Acesso em: 1 out. 2020.

EINSTEIN, Albert Hospital. **Google e Einstein lançam parceria para resultados de busca sobre saúde.** 2018. Disponível em: <<https://www.einstein.br/noticias/noticia/google-einstein-lancam-parceria-para-resultados-busca-sobre-saude>>. Acesso em: 16 set 2019.

FACCHINI, Luiz Augusto; TOMASI, Elaine; DILÉLIO, Alitéia Santiago. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e desafios. **Saúde em Debate**, [S. l.], v. 42, n. spe1, pág. 208–223, 2018. DOI: 10.1590 / 0103-11042018s114. Acesso em 18 set. 2020.

FAPESP, Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo. **Epidemia de fake news** [Internet]. 07 abr 2020. Disponível em: <https://revistapesquisa.fapesp.br/epidemia-de-fake-news> Acesso em 25 nov. 2020.

FERRARI, Pollyana. **Como sair das bolhas.** São Paulo: EDUC, 2018.

FLOSS, Mayara; HOEDEBECKE, Kyle; VIDAL-ALABALL, Josep. Where is the patient's chair? Differences in general practitioner consultation room layouts - an exploratory questionnaire. **F1000Research**, [S. l.], v. 8, p. 1439, 2020. DOI: 10.12688/f1000research.19565.2. Acesso em: 18 nov. 2020.

FOUCAULT, Michel. O nascimento do hospital. In: FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder.** 28ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 2014. p. 99-113. Organização e tradução de Roberto Machado.

FORTALEZA, Prefeitura. **Familiares de pacientes do IJF2 poderão acompanhar o quadro clínico de seus parentes de forma on-line.** 22 de junho de 2020. Disponível em: <https://www.fortaleza.ce.gov.br/noticias/familiares-de-pacientes-do-ijf2-poderao-acompanhar-o-quadro-clinico-de-seus-parentes-de-forma-on-line> Acesso em 24 ago. 2020.

FREIRE, N. P. *et al.* A Infodemia Transcende a Pandemia. **Cien Saúde Colet**, v. 26, p. 4065-68, 9 set. 2021. DOI <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.12822021>. Acesso em: 8 abr. 2022.

FREIRE, Paulo. **Extensão ou comunicação.** Tradução Rosika Darcy de Oliveira Rio de Janeiro, Paz e Terra, 2013.

FRENKEL, Sheera; ALBA, Davey; ZHONG, Raymond. **Surge of Virus Misinformation Stumps Facebook and Twitter.** New York Times. Disponível em: <https://www.nytimes.com/2020/03/08/technology/coronavirus-misinformation-social-media.html>. Acesso em 09 mar 2020.

GALHARDI, Cláudia Pereira; FREIRE, Neyson Pinheiro; MINAYO, Maria Cecília de Souza; FAGUNDES, Maria Clara Marques. Fato ou Fake? Uma análise da desinformação frente à pandemia da covid-19 no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 25, n. 2, p.

4201-4210, out. 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320202510.2.28922020>. Acesso em 09 nov. 2020.

GARBIN, Helena Beatriz da Rocha; PEREIRA NETO, André de Faria; GUILAM, Maria Cristina Rodrigues. A internet, o paciente expert e a prática médica: uma análise bibliográfica. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S. l.], v. 12, n. 26, pág. 579–588, 2008. DOI: 10.1590/S1414-32832008000300010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832008000300010&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 23 set. 2019.

GARBIN, H.; GUILAM, M.; PEREIRA NETO, A. Internet na promoção da saúde: um instrumento para o desenvolvimento de habilidades pessoais e sociais. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.22, n.1, p. 347-363. 2012.

GIOVANELLA, Ligia et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 23, n. 6, pág. 1763–1776, 2018. DOI: 10.1590 / 1413-81232018236.05562018. Acesso em: 28 set. 2020.

GONDIM, Sônia Maria Guedes. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, [S. l.], v. 12, n. 24, pág. 149–161, 2002. DOI: 10.1590 / S0103-863X2002000300004. Acesso em 28 ago. 2020.

HABERMAS, Jürgen. **Consciência moral e agir comunicativo**. 2^a. ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2003.

HALUZA, Daniela; NASZAY, Marlene; STOCKINGER, Andrés; JUNGWIRTH, David. Nativos Digitais versus Imigrantes Digitais: Influência da Busca de Informações de Saúde Online na Relação Médico-Paciente. **Comunicação em Saúde**, [S. l.], v. 32, n. 11, pág. 1342–1349, 2017. DOI: 10.1080/10410236.2016.1220044. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10410236.2016.1220044>. Acesso em: Acesso em 06 out. 2020.

HANNA, Alan; HANNA, Lezley-Anne. O quê, onde e quando? Usando o Google Trends e o Google para investigar as necessidades do paciente e informar a prática farmacêutica. **International Journal of Pharmacy Practice**, [S. l.], v. 27, n. 1, pág. 80–87, 2019. DOI: 10.1111 / ijpp.12445. Acesso em 08. nov. 2020.

HOLANDA, Carlos Welmer Bezerra; SANTOS, Agostinho Porfirio Dos; GOMES, Genielly Albuquerque; SANTOS, Rosely Leyliane Dos. Educação Popular em Saúde e Estratégia de Saúde da Família: Potencialidades do Cuidado / Educação Popular em Saúde e Estratégia Saúde da Família: Potencialidades do cuidado. **Revista de Psicologia**, [S. l.], v. 13, n. 47, pág. 1051–1059, 2019. DOI:10.14295 / idonline.v13i47.1974. <https://harpers.org/archive/1925/10/fake-news-and-the-public/>. Acesso em: 06 out 2020.

IPSOS Public Affairs. Fake news, filter bubbles, post-truth and trust. 2018. Disponível em: <https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/news/documents/2018-09/fake-news-filter-bubbles-post-truth-and-trust.pdf>. Acesso em: 30 set 2020.

ISLAM, Md. Monirul; ISLAM, Md. Mazharul; AHMED, Faroque; RUMANA, Afrin Sadia. Uso criativo de mídia social para prevenção do Covid-19 em Bangladesh: uma abordagem de

modelagem de equações estruturais. **Análise de Redes Sociais e Mineração**, [S. l.], v. 11, n. 1, pág. 38, 2021. DOI: 10.1007/s13278-021-00744-0. Disponível em: <https://link.springer.com/10.1007/s13278-021-00744-0>. Acesso em: 18 nov. 2021.

IYENGAR, Karthikeyan; UPADHYAYA, Gaurav K.; VAISHYA, Raju; JAIN, Vijay. COVID-19 e aplicações da tecnologia de smartphone na atual pandemia. **Diabetes & Síndrome Metabólica: Pesquisa Clínica e Revisões**, [S. l.], v. 14, n. 5, pág. 733–737, 2020. DOI: 10.1016/j.dsx.2020.05.033. Acesso em: 19 nov. 2020.

JIANG, Shaohai; STREET, Richard L. The effects of patient-centered communication, social capital, and internet use on patient empowerment: a cross-sectional study in China. **Global Health Promotion**, [S. l.], v. 26, n. 4, p. 33–43, 2019. DOI: 10.1177/1757975917749197. Acesso em: 18 set. 2020.

JOAQUIM, Bruno dos Santos; PESCE, Lucila. Inclusão digital, empoderamento e educação ao longo da vida: conceitos em disputa no campo da Educação de Jovens e Adultos. **Crítica Educativa**, [S. l.], v. 3, n. 3, pág. 185–199, 2017. DOI: 10.22476/revcted.v3i3.244. Acesso em: 20. out. 2020.

KNORST, Gabriel Rocha Santos; JESUS, Victor Machado; MENEZES JUNIOR, Antônio da Silva. A relação com o médico na era do paciente *expert*: uma análise epistemológica. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S. l.], v. 23, p. e180308, 2019. DOI: 10.1590/interface.180308. Acesso em: set. 2020.

LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos da metodologia científica**. 6ª. Ed. São Paulo: Atlas, 2009.

LARIISA, Laboratório de Redes Inteligentes e Integradas em Saúde. Disponível em: <http://lariisasaudedigital.com>, acesso em: 07 nov 2020.

LEVY, Pierre. **Cibercultura**. 3ª edição, São Paulo: Editora 34, 2010.

LIBERALI, Rafaela. **O ensino das habilidades de comunicação (HC) nas escolas médicas brasileiras**, 2018. 84 p. Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas-Novo, Florianópolis, 2018.

LIMA, Francisco Renato. Atividades de retextualização do gênero receita médica em contextos de comunicação médico-paciente. **Entrepalavras**, [S. l.], v. 8, n. 2, pág. 156-173, 2018. DOI: 10.22168/2237-6321-21128. Disponível em: <http://www.entrepalavras.ufc.br/revista/index.php/Revista/article/view/1128>. Acesso em: 13 out. 2020.

LIMA, Juliana Gagno; GIOVANELLA, Ligia; FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; BOUSQUAT, Aylene; SILVA, Edcarlos Vasconcelos Da. Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, [S. l.], v. 42, n. spe1, pág. 52–66, 2018. DOI: 10.1590/0103-11042018s104. Acesso em: 23 out. 2020.

LIU, Piper Liping. Informações sobre a COVID-19 nas redes sociais e comportamentos preventivos: Gerenciando a pandemia por meio da responsabilidade pessoal. **Ciências Sociais**

e **Medicina**, [S. l.], v. 277, p. 113928, 2021. DOI: 10.1016/j.socscimed.2021.113928.

Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0277953621002604>. Acesso em: 20 mar. 2021.

LOBO, Luiz Carlos. Inteligência artificial, o futuro da Medicina e a educação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [S. l.], v. 42, n. 3, pág. 3-8, 2018. DOI: 10.1590 / 1981-52712015v42n3rb20180115editorial1. Acesso em 08 nov. 2020.

LOPES, Andreia Aparecida Ferreira. Empoderamento, amizade e cuidado de si: novas formas de relação de assistência à saúde. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, [S. l.], v. 33, n. 98, 2018. DOI: 10.1590/339806/2018. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010269092018000300505&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 01 out. 2020.

LOTTEMBERG C, Silva PE, Klajner S. **A revolução digital na saúde: como a inteligência artificial e a internet das coisas tornam o cuidado mais humano, eficiente e sustentável**. São Paulo: Editora dos Editores; 2019. 176 p.

LUNA, Sérgio Vasconcelos de. **Planejamento de pesquisa: uma introdução**. 2a edição. São Paulo: EDUC, 1999.

MACKERON, Edward. **Notícias falsas e o público**. 1925. Disponível em:

<https://harpers.org/archive/1925/10/fake-news-and-the-public/> Acesso em: 08 nov. 2020.

MATOS, Camila Carvalho de Souza Amorim. Mídia e saúde: a cobertura da epidemia de sarampo de 2019 no Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [S. l.], v. 15, n. 42, pág. 2211, 2020. DOI: 10.5712/rbmfc15(42)2211. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2211>. Acesso em: 23 abr. 2020.

MCLUHAN, Marshall. **A galáxia de Gutenberg: a formação do homem tipográfico**. São Paulo, Editora Nacional, Editora da USP, 1972. 390p.

MEDEIROS, João Bosco; TOMASI, Carolina. **Redação técnica: elaboração de relatórios técnicos-científicos e técnica de normalização textual**. 2.ed. São Paulo: Ed. Atlas, 2010. 398p.

MELO R, Melo M, Vilar R. Análise de redes sociais: a reciprocidade entre usuários e profissionais na estratégia saúde da família. **Revista Ciência Plural**. Ago 2018; 4(1):22-5. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-907076> Acesso em: 20 mai. 2020.

MELO, Eduardo Alves; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães De; OLIVEIRA, Jarbas Ribeiro De; ANDRADE, Gabriella Carrilho Lins De. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde em Debate**, [S. l.], v. 42, n. spe1, pág. 38–51, 2018. DOI: 10.1590 / 0103-11042018s103. Acesso em: 20 out. 2020.

MENDES, Isabel Amélia Costa. Desenvolvimento e saúde: a declaração de Alma-Ata e movimentos posteriores. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [S. l.], v. 12, n. 3, pág. 447–448, 2004. DOI: 10.1590 / S0104-11692004000300001. Acesso em: 21 out. 2020.

MESKÓ, Bertalan; GÖRÖG, Marton. Um pequeno guia para profissionais médicos na era da inteligência artificial. **npj Digital Medicine**, [S. l.], v. 3, n. 1, pág. 1–8, 2020. DOI: 10.1038/s41746-020-00333-z. Acesso em 20 nov. 2020.

MINAHIM, Maria Auxiliadora. A autonomia na relação médico-paciente: breves considerações. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, [S. l.], v. 9, n. 1, p. 85–95, 2020. DOI: 10.17566/ciads.v9i1.601. Acesso em 18 nov. 2020.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13. ed., São Paulo: Hucitec, 2013.

MOTA, Renato. **Em meio à pandemia, Google vê aumento nas buscas e crescimento de 13%**. Olhar Digital. 2020. Disponível em: <https://olhardigital.com.br/coronavirus/noticia/em-meio-a-pandemia-google-ve-aumento-nas-buscas-e-crescimento-de-13/100068>. Acesso em 28 Mai 2020.

MURPHY, Gillian; LOFTUS, Elizabeth F.; GRADY, Rebecca Hofstein; LEVINE, Linda J.; GREENE, Ciara M. False Memories for Fake News During Ireland's Abortion Referendum. **Psychological Science**, [S.L.], v. 30, n. 10, p. 1449-1459, 21 ago. 2019. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1177/0956797619864887>. Acesso em 20 set. 2020.

NAS et al. O uso de robôs e a pandemia de covid-19: questões bioéticas. [S. l.], 2020. DOI: 10.13140/RG.2.2.24030.05444. Disponível em: <http://rgdoi.net/10.13140/RG.2.2.24030.05444>. Acesso em: 09 nov. 2020.

NEDER P.R.B, et al. Influências da internet na relação médico-paciente: o ponto de vista de médicos e pacientes vinculados a um Centro de Saúde Escola em Belém, Pará, Brasil. **Revista Multiprofissional em Saúde do Hospital São Marcos**, Teresina. 2017; 2 (1): 03-16. Disponível em <http://ojs.saomarcos.org.br/ojs/index.php/cientifica/article/view/129/73> Acesso em 01 out 2020.

NEWMAN Nic, et al. **Reuters Institute for the Study of Journalism - Digital News Report**. 2019. Disponível em: https://reutersinstitute.politics.ox.ac.uk/sites/default/files/2019-06/DNR_2019_FINAL_1.pdf Acesso em 06 out 2020.

NISHIZIMA, P.S.; Araújo, W.M. Educomunicação e saúde: interseções a partir do projeto DiverSUS. In: Ismar de Oliveira Soares (ed.), Claudemir Edson Viana (ed.), Paola Diniz Prandini (ed.). **Educomunicação, Transformação Social e Desenvolvimento Sustentável**. ABPEducom, v.1., São Paulo, 2020.

OLIVEIRA, Mauro *et al.* "Uma estrutura contextual para sistemas de tomada de decisão de governança de saúde: Um modelo baseado na TV Digital Brasileira," **2010 IEEE International Symposium on "A World of Wireless, Mobile and Multimedia Networks" (WoWMoM)**, Montreal, QC, 2010, pp. 1-6, DOI: 10.1109 / 2010.5534979. Acesso em: 20 nov. 2020.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Entendendo a infodemia e a desinformação na luta contra a COVID-19** – Folheto informativo – Mais informações sobre a COVID-19. 2020. Disponível em:

https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52054/Factsheet_Infodemic_por.pdf?sequence=14 Acesso em: 05 out 2020.

ONU - ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**, 1948. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>. Acesso em: 12 dez. 2020.

OSAKI, Milton. Inteligência artificial, prática médica e a relação médico-paciente. **Revista de Administração em Saúde**, [S. l.], v. 18, n. 72, 2018. DOI: 10.23973 / ras.72.134. Disponível em: <https://cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/134>. Acesso em: 09 nov. 2020. PAIM, Jairnilson; TRAVASSOS, Claudia; ALMEIDA, Celia; BAHIA, Ligia; MACINKO, James. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, [S. l.], v. 377, n. 9779, pág. 1778–1797, 2011. DOI: 10.1016 / S0140-6736 (11) 60054-8. Acesso em 20 set. 2020.

PAIVA, Joseane OV; ANDRADE, Rossana MC; DE OLIVEIRA, Pedro Almir M .; DUARTE, Paulo; SANTOS, Ismayle S .; EVANGELISTA, Aline L. de P .; THEOPHILO, Rebecca L .; DE ANDRADE, Luiz Odorico M .; BARRETO, Ivana Cristina de HC Aplicativos móveis para a saúde do idoso: um mapeamento sistemático. **PLOS ONE**, [S. l.], v. 15, n. 7, pág. e0236091, 2020. DOI: 10.1371 /journal.pone.0236091. Acesso em 20 nov. 2020.

PARISER, Eli. **The filter bubble: what the Internet is hiding from you**. London: Viking, 2011.

PAULA FILHO, Luiz Pinto de; LAMY, Marcelo. A revolução digital na saúde: como a inteligência artificial e a internet das coisas tornam o cuidado mais humano, eficiente e sustentável. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, [S.L.], v. 9, n. 3, p. 225-234, 29 set. 2020. <http://dx.doi.org/10.17566/ciads.v9i3.707>. Acesso em 20 nov. 2020.

PAZINATTO, Márcia Maria. A relação médico-paciente na perspectiva da Recomendação CFM 1/2016. **Revista Bioética**, [S. l.], v. 27, n. 2, p. 234–243, 2019. DOI: 10.1590/1983-80422019272305. Acesso em 20 out. 2020.

PENG, Yuxin; YIN, Pingping; DENG, Zhaohua; WANG, Ruoxi. Patient–Physician Interaction and Trust in Online Health Community: The Role of Perceived Usefulness of Health Information and Services. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, [S. l.], v. 17, n. 1, p. 139, 2019. DOI: 10.3390/ijerph17010139. Acesso em: 21 nov. 2020.

PENNYCOOK, Gordon; RAND, David G. The Psychology of Fake News. **Trends in Cognitive Science**, [S. l.], v. 25, n. 5, pág. 388–402, 2021. DOI: 10.1016 / j.tics.2021.02.007. Acesso em: 20 nov. 2020.

PEREIRA NETO, A. et al. Avaliação participativa da qualidade da informação de saúde na internet: o caso de sites de dengue. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, v.22, n.6, p.1955-1968. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017002601955&s> Acesso em: 12 out. 2020.

PEREIRA, Thaís Thomé Seni Oliveira; BARROS, Monalisa Nascimento dos Santos; AUGUSTO, Maria Cecília Nobrega de Almeida. O cuidado em saúde: o paradigma biopsicossocial e a subjetividade em foco. **Mental Reality**, Barbacena, n. 17, p. 523-536, dez. 2011.

PERES, P.C.N. *et al.* Literácia em Saúde no Brasil: estudo cienciométrico. **Enciclopédia Biosfera, Centro Científico Conhecer - Goiânia** v.14, n.25, P. 1589-1599, 2017. DOI: 10.18677/EnciBio_2017A132. Acesso em: 29 ago. 2020.

PINTO, Luiz Felipe; GIOVANELLA, Ligia. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições específicas à atenção básica (ICSAB). **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 23, n. 6, pág. 1903–1914, 2018. DOI: 10.1590 / 1413-81232018236.05592018. PMID: 28104579, PMCID: 5290294, disponível em: <https://www.jmir.org/2017/1/e9>. Acesso em: 20 out. 2020.

PREVIATO, Giselle Fernanda; BALDISSERA, Vanessa Denardi Antoniassi. A comunicação na perspectiva dialógica da prática interprofissional colaborativa em saúde na Atenção Primária à Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S.L.], v. 22, n. 2, p. 1535-1547, 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622017.0647>. Acesso em: 21 set. 2020.

QUEROL de, Ricardo. **Zygmunt Bauman: “As redes sociais são uma armadilha”**. 2016. Disponível: https://brasil.elpais.com/brasil/2015/12/30/cultura/1451504427_675885.html Acesso em: 05 out 2020.

RAMOS, Luísa de Freitas; PONTES, Mirella Reinehr; SPANHOL, Raísa Freitas; RAMOS, Lucas de Azambuja. Comunicação de más notícias na prática clínica. **Acta médica** (Porto Alegre); 39(2): 114-122, 2018. Artigo em Português | LILACS | ID: biblio-987637 Biblioteca responsável: BR1323.1. Acesso em: 21 set. 2020.

RAQUEL, Pires Cheila. **Jornalistas Pontocom: os desafios de fazer Jornalismo na internet**. Monografia (Graduação). Centro de Ciências Humanas. Comunicação Social. Universidade de Fortaleza (Unifor), Fortaleza, 2004.108 fl.

RAQUEL, Pires Cheila. **Sou assentado, sou cidadão do campo: a busca diária da cidadania no assentamento José Lourenço**. Monografia (Graduação). Centro de Ciências Humanas. Ciências Sociais. Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 1999.

RAUEN, Fábio José. **Roteiros de Investigação científica**. 2ª edição, Tubarão, 2018.

REIS, B. O., Silva, R. A importância da Comunicação Pública à Saúde no município de Mogi das Cruzes. **Diálogos Interdisciplinares**, 8(7), 31-42. Disponível em <https://revistas.brazcubas.br/index.php/dialogos/article/view/761> Acesso em 09 de dez de 2019.

RESSEL, Lúcia Beatriz et al. O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. **Texto contexto-enfermagem[online]**. 2008, vol.17, n.4, pp.779-786. ISSN 1980-265X. <https://doi.org/10.1590/S010407072008000400021>. <https://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/21.pdf> Acesso em 20.10.2020.

RIBEIRO, Andrea Cristina Lovato; FERLA, Alcindo Antônio. Como médicos se tornaram deuses: reflexões acerca do poder médico na atualidade. **Psicol. rev.** (Belo Horizonte) [online]. 2016, vol.22, n.2, pp. 294-314. ISSN 1677-1168. <http://dx.doi.org/DOI-10.5752/P.1678-9523.2016V22N2P294>. Acesso em 21.11.2020.

RIBEIRO, Kelen Gomes. **Os Determinantes Sociais da Saúde no Grande Bom Jardim - Fortaleza (CE)**. 2015. 361 f. Tese (Doutorado) - Curso de Doutorado em Saúde Coletiva, Associação Ampla Uece/ufc/unifor, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2015.

RIBEIRO, Kelen Gomes; ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro De; AGUIAR, Jaina Bezerra De; MOREIRA, Ana Ester Maria Melo; FROTA, Amanda Cavalcante. Educação e saúde em uma região em situação de vulnerabilidade social: avanços e desafios para as políticas públicas. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S. l.], v. 22, n. suplemento 1, pág. 1387–1398, 2018. DOI: 10.1590 / 1807-57622017.0419. Acesso em 11 nov. 2019.

RIBEIRO, Kelen Gomes; BATISTA, Maxmiria Holanda; SOUZA, Daiana Flávia Oliveira De; FLORÊNCIO, Caroline Mary Gurgel Dias; JORGE, Walker Henrique Almeida; RAQUEL, Cheila Pires. Comunicação de más notícias na educação médica e confluências com o contexto da pandemia de covid-19. **Saúde e Sociedade**, [S. l.], v. 30, n. 4, pág. e201058, 2021. DOI: 10.1590/s0104-12902021201058. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902021000400324&tlng=pt. Acesso em: 23 nov. 2021.

ROGERS, Carl. **A terapia centrada no cliente**. São Paulo: Martins Fontes, 1975.

ROTTA, L. A.; ANDRADE, L. O. M. de. A Estratégia Saúde da Família e as tecnologias de informação: o seu uso entre médicos e enfermeiros na atenção básica em sobral/ce. **Sanare - Revista de Políticas Públicas**, [S. l.], v. 5, n. 1, 2013. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/136>. Acesso em: 20 out. 2020.

ROVETTA, A.; BHAGAVATHULA, A. S. COVID-19-Related Web Search Behaviors and Infodemic Attitudes in Italy: Infodemiological Study. **JMIR Public Health Surveill**, [S. l.], v. 6, n. 2, p. e19374, 2020. a. DOI 10.2196/19374. Disponível em: <http://publichealth.jmir.org/2020/2/e19374/>. Acesso em: 01 mar. 2021.

ROVETTA, A.; BHAGAVATHULA, A. S. Global Infodemiology of COVID-19: Analysis of Google Web Searches and Instagram Hashtags. **JMIR**, [S. l.], v. 22, n. 8, p. e20673, 2020. b. DOI 10.2196/20673. Disponível em: <http://www.jmir.org/2020/8/e20673/>. Acesso em: 01 mar. 2021.

RUDNITZKI, Ethel. **Yes, nós temos deepfake: brasileiros são o 2º maior público de aplicativo que “troca rostos” de políticos e celebridades**. 2020. Disponível em: <https://apublica.org/2020/08/yes-nos-temos-deepfake-brasileiros-sao-o-2o-maior-publico-de-aplicativo-que-troca-rostos-de-politicos-e-celebridades/> Acesso em 06 Out 2020.

SANTAELLA, Lúcia. **Culturas e artes do pós-humano: da cultura das mídias à cibercultura**. São Paulo: Paulus, 4a. edição, 2010.

SANTOS, A.M.B. **Educação em Saúde como prática dialógica e emancipatória da Estratégia Saúde da Família**. Dissertação (Mestrado). Mestrado Profissional em Saúde da Família, Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2016. 72f.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. 8ª Conferência Nacional de Saúde: seu significado e necessária retomada. **Revista Ensaios e Diálogos**. ABRASCO, 2016, v.2, P.16-17. Disponível em: https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2016/07/Revista-ENSAIOS-DI%C3%81LOGOS_2_Pag-16-a-17.pdf Acesso em 15 Set 2020.

SCHWAB, Klaus. **A quarta revolução industrial**. Tradução de Daniel Moreira Miranda. São Paulo: Edipro, 2016.

SILVA, Leticia Tereza Barbosa da. **Saúde, Internet e Empoderamento**: uma análise bibliográfica. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde, Rio de Janeiro, 2017. 173 fl.

SILVA, M.M.M. **Qualidade do cuidado na perspectiva das equipes de Saúde da Família e dos usuários**: uma análise considerando o contexto socioeconômico. 2019. 153fl. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina, Belo Horizonte, 2019.

SOARES, Ismar de Oliveira. Educomunicação e Educação Midiática: vertentes históricas de aproximação entre comunicação e educação. **Comunicação & Educação**, [S. l.], v. 19, n. 2, pág. 15–26, 2014. DOI: 10.11606/issn.2316-9125.v19i2p15-26. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/comueduc/article/view/72037>. Acesso em: 10 abr. 2020.

SOUSA, Maria Fátima De; PRADO, Elizabeth Alves de Jesus; LELES, Fernando Antônio Gomes; ANDRADE, Natália Fernandes De; MARZOLA, Rogério Fagundes; BARROS, Fernando Passos Cupertino De; MENDONÇA, Ana Valéria Machado. Potencialidades da Atenção Básica à Saúde na consolidação dos sistemas universais. **Saúde em Debate**, [S. l.], v. 43, n. spe5, pág. 82–93, 2019. DOI: 10.1590 / 0103-11042019s507. Acesso em: 08 abr. 2020.

SOUSA, Sandrine da Silva. **Narrativa transmídia contra a dengue**: quando a ficção e a não ficção se unem pela saúde e educação. 2019. 101 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado em Ciências da Comunicação, Audiovisual e Multimídia, Universidade do Minho - Portugal, Lisboa, 2019. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1822/64460> Acesso em: 09 mai. 2020.

SOUZA, Jean Alves de. **Comunicação e incomunicação na estratégia Saúde da Família**: um estudo sobre as interações entre equipes e usuários no município de Brumadinho MG. 2016. 133 f. Dissertação (Mestrado em Informação e Comunicação em Saúde) - Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/37775> Acesso em: 24 abr. 2020.

SOUZA, Luciana Cristina De; PINTO, Sandra Lúcia Aparecida. Tecnologia e trabalho na era da informação. **Scientia Iuris**, [S. l.], v. 21, n. 3, pág. 99–124, 2017. DOI: 10.5433/2178-

8189.2017v21n3p99. Disponível em:

<https://www.uel.br/revistas/uel/index.php/iuris/article/view/28248>. Acesso em: 20 mai. 2020.

SPARROW, Robert; HATHERLEY, Joshua. Grandes esperanças para a “Deep Medicine”? IA, Economia e o Futuro do Cuidado. **Relatório do Hastings Center**, [S. l.], v. 50, n. 1, pág. 14–17, 2020. DOI: 10.1002/hast.1079. Disponível em:

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hast.1079>. Acesso em: 20 mai 2021

STARFIELD, Bárbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

STEWART, Moira (ORG.). **Medicina centrada no paciente: transformando o método clínico**. Terceira edição. Londres: Radcliffe Publishing, 2014.

TANDOC, Edson C. Jr; LIM, Zheng Wei; LING, Richard. Defining “Fake News”. **Digital Journalism**, v. 6, n. 2, p. 137-153, 2018. Disponível em:

<https://doi.org/10.1080/21670811.2017.1360143>. Acesso em: 23 mai 2020.

TAN, Sharon Swee-Lin; GOONAWARDENE, Nadee. Internet Health Information Seeking and the Patient-Physician Relationship: A Systematic Review. **Journal of Medical Internet Research**, [S. l.], v. 19, n. 1, pág. e9, 2017. DOI: 10.2196/jmir.5729. Disponível em:

<http://www.jmir.org/2017/1/e9/>. Acesso em: 10 nov. 2020.

TEIXEIRA, Adriana; SANTOS, Rogério Da Costa. Fake news colocam a vida em risco: a polêmica da campanha de vacinação contra a febre amarela no Brasil. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, [S. l.], v. 14, n. 1, 2020. DOI: 10.29397/reciis.v14i1.1979. Disponível em:

<https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1979>. Acesso em: 7 out. 2020.

TELES, Nuno; CALDAS, José Castro. **Tecnologia e Trabalho no Século XXI: uma proposta de abordagem**. [s.l]: Observatório sobre Crises e Alternativas / CES, 2019.

Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/87022>. Acesso em: 9 nov. 2020.

TOMASI, Carolina; MEDEIROS, João Bosco. **Comunicação científica: normas técnicas para redação científica**. São Paulo: Atlas, 2008.

TOPOL, Eric. **Deep Medicine: How Artificial Intelligence Can Make Healthcare Human Again**. Nova York: Basic Books, 2019.

TORRES, Geanne Maria Costa; FIGUEIREDO, Inês Dolores Teles; CÂNDIDO, José Auricélio Bernardo; PINTO, Antonio Germane Alves; MORAIS, Ana Patrícia Pereira; ARAÚJO, Maria Fátima Maciel; ALMEIDA, Maria Irismar De. Comunicação terapêutica na interação profissional de saúde e hipertensão na estratégia saúde da família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [S. l.], v. 38, n. 4, 2018. DOI: 10.1590/1983-1447.2017.04.2016-0066.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472017000400402&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 20 mai 2020.

VARGAS, J. R., Pinto, M. & Marinho, S. (2019). Desafios da comunicação na prática da literacia em saúde. Laboratório de Sistemas de Informação para a Investigação em Ciências Sociais (LASICS). **Centro de Estudos de Comunicação & Sociedade – CECS**,

Universidade do Minho, Portugal, 2019. Disponível em: http://www.lasics.uminho.pt/ojs/index.php/cecs_ebooks/issue/view/249. Acesso em: 20 abr. 2020.

VASCONCELLOS-SILVA, Paulo R.; CASTIEL, Luís David. COVID-19, as *fake news* e o sono da razão comunicativa gerando monstruosos: a narrativa dos riscos e os riscos das narrativas. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 36, n. 7, pág. e00101920, 2020. DOI: 10.1590/0102-311x00101920. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000703001&tlng=pt. Acesso em: 24 nov. 2020

VIANA, Claudemir E. A educomunicação possível: práticas e teorias da educomunicação, revisitadas por meio de sua práxis. In. SOARES, I. O; VIANA, C. E; XAVIER, J.B. **Educomunicação e suas áreas de intervenção: novos paradigmas para o diálogo multicultural**. São Paulo: ABPEducom. 2017.

VIANNA, Ilca Oliveira de Almeida. **Metodologia do Trabalho Científico**. São Paulo: EPU, 2001, 304p.

VOSOUGHI, Soroush; ROY, Deb; ARAL, Sinan. The spread of true and false news online. **Science**, [S. l.], v. 359, n. 6380, pág. 1146–1151, 2018. DOI: 10.1126/science.aap9559. Disponível em: <https://www.science.org/doi/10.1126/science.aap9559>. Acesso em: 20 nov. 2020.

WANG, Yuxi; MCKEE, Martin; TORBICA, Aleksandra; STUCKLER, David. Systematic Literature Review on the Spread of Health-related Misinformation on Social Media. **Social Science & Medicine**, [S. l.], v. 240, p. 112552, 2019. DOI: 10.1016/j.socscimed.2019.112552. Acesso em: 21 nov. 2020.

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

WHO, World Health Organization. **Health promotion glossary**. World Health Organization, Geneva, 1998. <https://www.who.int/healthpromotion/about/HPG/en/> Acesso em 21 de ago. 2020.

ZABAR, S; Hanley, K; Wilhite, J.A, et al. In the room where it happens: do physicians need feedback on their real-world communication skills? **BMJ Quality & Safety** 2020;29:182-184. Disponível em: <https://qualitysafety.bmj.com/content/qhc/29/3/182.full.pdf>. Acesso em: 21 ago. 2020.

ZELO, Saúde do Idoso. **Zelo – Plataforma Zelo Saúde**. Disponível em: <http://zelo.lariisasaudedigital.com> Acesso em 07 Nov 2020.

ZHANG, Runtong; LU, Xinyi; WU, Wen; SHANG, Xiaopu; LIU, Manlu. Mature or Emerging? The Impact of Treatment-Related Internet Health Information Seeking on Patients' Trust in Physicians. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, [S. l.], v. 15, n. 9, pág. 1855, 2018. DOI: 10.3390/ijerph15091855. Disponível em: <http://www.mdpi.com/1660-4601/15/9/1855>. Acesso em: 24 abr. 2020.

APÊNDICES

APÊNDICE A - GRUPO FOCAL – USUÁRIOS UBS EUSÉBIO

1. IDENTIFICAÇÃO - INFORMAÇÕES SOCIOECONÔMICAS

- b). Idade
- c). Sexo: () F ()M.
- d). Escolaridade:
- e). Profissão:
- f). Religião:
- g). Estado civil:
- h). Naturalidade:
- i). Renda familiar: () 1 a 3 SM () 3 a 5 SM () 5 SM ou mais.
- j). Bairro de moradia:
- k). UBS cadastrada:
- l). Tempo de cadastro: () até 6M ()6M a 2A ()2A ou mais.

APRESENTAÇÃO

Nossa intenção é conhecer se você, usuário da ESF, consulta a internet para saber informações sobre a sua saúde, como acontece essa consulta e como essa prática interfere no seu relacionamento com o médico que lhe atende na UBS. Para isso propomos algumas questões norteadoras na nossa conversa, baseadas nos temas acesso à informação, habilidades de comunicação e uso da informação.

>> Em relação ao acesso à informação, questões norteadoras

1. Consultam o Google para obter informações sobre saúde? Por que?
2. Em qual fase costuma acontecer a pesquisa (sintomas, diagnóstico ou tratamento)?
3. Qual instrumento usam para acessar as informações (celular e ou computador próprio; celular e ou computador de amigos, familiares)?

>> Em relação às habilidades de comunicação, questões norteadoras

1. Você já questionou o seu médico sobre algum assunto pesquisado na internet?
2. Qual a reação dele? (orientou, sugeriu, alertou, repreendeu)
3. Como você se sentiu ao questionar seu médico com base em informações na internet?
4. Como você considera que o seu médico se sentiu? E o que pensou? Ele expressou algum desconforto ou, ao contrário, emitiu algum elogio?
5. As dúvidas persistiram? Como fez para saná-las?
6. Você confia mais nas informações do seu médico ou nas do Google?

>> Sobre o uso da informação, questões norteadoras

1. Você compartilha informação sobre saúde nas redes? (Facebook, Instagram, WhatsApp).
2. Como você checa se a notícia é verdadeira antes de compartilhar?
3. Já identificou alguma *fake news* na sua busca? Chegou a acreditar?
4. Você já recebeu algum tipo de capacitação sobre o uso da internet em saúde?
5. Na UBS que você frequenta existe algum tipo de informação ou ação para orientar sobre o uso da internet em assuntos de saúde?

APÊNDICE B - Entrevista – Médicos UBS Eusébio

IDENTIFICAÇÃO - INFORMAÇÕES SOCIOECONÔMICAS

b). Idade:

c). Sexo: () F () M.

d). Especialidade:

e). Ano de graduação:

f). Instituição de graduação:

g). UBS cadastrada:

h). Tempo de atuação na UBS:

i). Religião:

g). Estado civil:

h). Naturalidade:

i). Renda familiar: 8 SM a 10 SM () 10 SM ou mais ()

j). Bairro de moradia:

1. Apresentação

Nossa intenção é conhecer como você, médico da EqSF, lida com o fato de os usuários chegarem ao consultório munidos de informações acessadas na internet. Vamos iniciar nossa conversa com algumas questões norteadoras divididas em três aspectos: acesso à informação, habilidades de comunicação e uso da informação.

>>. Em relação ao acesso à informação, questões norteadoras:

1. É frequente o questionamento dos usuários sobre informações acessadas na internet?

2. Em que fase do atendimento geralmente ocorre essa abordagem: sintomas, diagnóstico ou tratamento?

3. O usuário conta detalhes sobre como acessou a informação (qual site, plataforma e aparelho utilizados)?

>>. Em relação às habilidades de comunicação teremos as seguintes questões norteadora

1. Qual sua reação diante do questionamento do usuário com base em informações acessadas na internet?
2. Qual procedimento você adota diante da indagação. (alerta, orienta, sugere ou repreende)?
3. Como você se certifica que o paciente entendeu?
4. Já houve casos que o acesso do usuário à internet causou algum tipo de conflito?
5. Você considera o Google um vilão ou aliado no desenvolvimento do seu trabalho? Observa vantagens? E desvantagens?
6. O usuário que consulta a internet costuma voltar ao consultório e seguir o tratamento? Como você identifica esses usuários?

>>. Em relação ao uso da informação, questões norteadoras:

1. Você já identificou algum relato envolvendo *fake news*? Se sim, como lidou com essa situação? E quais as reações do usuário?
2. Você sugere sites ou outros canais da internet aos seus pacientes?
3. Você já recebeu algum tipo de treinamento sobre o uso da internet na saúde?
4. Na UBS que você trabalha, são desenvolvidas ações de comunicação para orientar profissionais e usuários sobre o uso da internet em saúde?

ANEXOS

ANEXO -A

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado por **Cheila Pires Raquel** a participar da pesquisa Dr. Google e a porta de entrada do SUS: a nova relação médico-paciente na Estratégia Saúde da Família. **Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar.**

OBJETIVO: Conhecer como a prática de consultar a plataforma Google sobre temas de saúde interfere na relação médico-paciente, no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Eusébio Ceará.

PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA: Ao participar voluntariamente desta pesquisa, você inicialmente vai responder a um questionário com informações socioeconômicas. Caso seja médico (a), em seguida participará de uma entrevista e se for usuário (a) do SUS, você participará de grupo focal, onde refletirá a partir de questões relacionadas ao objetivo do estudo. **Sua identidade não será revelada no decorrer do estudo e nas publicações.** Você não terá despesas pessoais durante o estudo e, também, não haverá compensação financeira relacionada a sua participação.

RISCOS E DESCONFORTOS: Os riscos são mínimos, podendo levar a algum constrangimento durante a resposta às perguntas. Caso aconteça qualquer desconforto, a atividade será interrompida. Em caso de necessidade, você será encaminhado aos serviços de assistência médica ou psicológica da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do Eusébio. **Lembramos que a sua participação é voluntária, você tem a liberdade de não querer participar e pode desistir a qualquer momento.** Considerando a Pandemia de Covid-19, as atividades obedecerão a todas as normas sanitárias de segurança, com apoio da SMS Eusébio.

INTEGRIDADE DOS DADOS: Antes das atividades os gravadores serão testados. No decorrer da coleta, haverá pequenas pausas para a conferência do áudio. Em caso de verificar perda de dados, solicitaremos a repetição da atividade. O material será salvo em diversas mídias de uso restrito do pesquisador e aos participantes é assegurado que as suas identidades serão preservadas. **Você terá uma cópia deste TCLE.**

BENEFÍCIOS: O benefício social desta pesquisa será subsidiar ações de educação e promoção da saúde no âmbito ESF a partir da reflexão sobre o uso das novas tecnologias em favor da saúde. Também incentivar o desenvolvimento de novos estudos sobre o relacionamento médico-paciente no âmbito do SUS e no contexto da Saúde Digital.

Endereço do Responsável pela pesquisa:

Nome: Cheila Pires Raquel

Instituição: Universidade Federal do Ceará

Endereço: Rua Costa Mendes, 1608. **Telefones para contato:** (85)

99696.0602/3209.3441

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a sua participação na pesquisa entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC – Rua Coronel Nunes de Melo, 1127. Rodolfo Teófilo. Fone: 3366.8344

O _____ abaixo assinado _____, _____ anos, RG _____ declara que leu este TCLE e que, após sua leitura, teve a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo e a pesquisa. Recebeu explicações que responderam por completo suas dúvidas. Declara ainda estar recebendo uma cópia assinada deste termo.

Eusébio, ____/____/____.

Voluntário:

Pesquisador:

Assinatura:

Assinatura:

ANEXO B – PARECER COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Dr Google e a porta de entrada do SUS: a nova relação médico-paciente na Estratégia Saúde da Família

Pesquisador: CHEILA PIRES RAQUEL

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 45002721.0.0000.5054

Instituição Proponente: Programa de Pós-graduação em Saúde Pública

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.864.193

Apresentação do Projeto:

Esta pesquisa tem por objetivo conhecer como a prática de consultar a plataforma Google sobre temas de saúde interfere na relação médico paciente, no âmbito da Estratégia Saúde da Família. Trata-se de um estudo qualitativo analítico, a ser realizado do município do Eusébio, Região Metropolitana de Fortaleza, Ceará. Eusébio foi escolhido por ter uma ESF estruturada com 100% das Equipes de Saúde da Família completas e também por ser uma cidade em expansão, abrigando uma diversidade de perfis socioeconômicos. A população estudada compreende a médicos e usuários da ESF no município. A ESF foi considerada um relevante cenário por ser a porta de entrada do Sistema Único de Saúde. A amostra da pesquisa será de 44 (quarenta e quatro participantes) entre médicos que atuam na ESF do Eusébio, usuários cadastrados na ESF e maiores de 18 anos e um representante da gestão da Atenção Primária local. A Secretaria Municipal de Saúde do Eusébio foi comunicada e aprovou a intenção do estudo em 26 de outubro de 2020, estando ciente de que a coleta de dados somente será iniciada após a aprovação final do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, o que, conforme o cronograma espera-se que aconteça a partir de junho de 2021. Os instrumentos utilizados para a coleta serão entrevistas semiestruturadas com os 22 médicos integrantes da ESF e com 01 representante da Atenção Primária do município, além de três grupos focais, ouvindo 07 usuários de cada um dos três territórios da ESF, totalizando 21 usuários. Considerando a Pandemia de Covid-19, os grupos focais serão realizados em locais a serem designados pela SMS do município, no próprio território de origem dos participantes. Os

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

UF: CE

Município: FORTALEZA

CEP: 60.430-275

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



Continuação do Parecer: 4.864.193

médicos serão ouvidos em seus consultórios nas Unidades Básicas de Saúde, em horários que não interfiram nos atendimentos. A abordagem dos participantes será realizada com apoio da Coordenação de Atenção Primária do Eusébio e respeitará as determinações sanitárias relacionadas à Covid-19. Será utilizada a análise de conteúdo embasada em Bardin (2016), com apoio do Software Iramuteq para a classificação e organização do material. A interpretação dos resultados será ancorada em cinco temas que foram a base para a construção do referencial teórico da pesquisa. São eles: Comunicação em Saúde, Estratégia Saúde da Família, Relação médico-paciente, Saúde Digital e Fake News. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será apresentado a cada um dos participantes da pesquisa.

Objetivo da Pesquisa:

Conhecer como a prática de consultar a plataforma Google sobre temas de saúde interfere na relação médico paciente, no âmbito da Estratégia Saúde da Família.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos são mínimos, podendo levar a algum constrangimento durante a resposta às perguntas. Caso aconteça qualquer desconforto, a atividade será interrompida. Em caso de necessidade, o participante será encaminhado aos serviços de assistência médica ou psicológica da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do Eusébio. Considerando a Pandemia de Covid-19, a realização das entrevistas e grupos focais obedecerá a todas as determinações sanitárias de segurança, com apoio da SMS Eusébio. Também será informado aos participantes, antes de cada atividade, que este poderá se abster de responder a perguntas e/ou retirar sua participação na pesquisa a qualquer tempo, ciente de que as informações prestadas serão mantidas em sigilo. Os participantes terão uma cópia do Termo com detalhes sobre a pesquisa e os contatos do pesquisador. As identidades dos participantes não serão reveladas no decorrer do estudo e nas publicações. Para garantir a qualidade e integridade das informações coletadas, antes das atividades os gravadores serão testados. No decorrer da coleta, haverá pequenas pausas para a conferência do áudio. Em caso de verificar perda de dados, solicitaremos a repetição da atividade. O material será salvo em diversas mídias de uso restrito do pesquisador e aos participantes é assegurado que as suas identidades serão preservadas.

Benefícios:

O benefício social desta pesquisa será subsidiar ações de educação e promoção da saúde no âmbito ESF a partir da reflexão sobre o uso das novas tecnologias em favor da saúde. Também

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br

Continuação do Parecer: 4.864.193

incentivar o desenvolvimento de novos estudos sobre o relacionamento médico-paciente no âmbito do SUS e no contexto da Saúde Digital.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante e oportuna por trazer como objetivos: Identificar em que situações os usuários da ESF consultam o Google para saber sobre questões relacionadas à saúde; Levantar se o acesso a notícias falsas está identificado por médicos e usuários no contexto da ESF e se isso interfere na relação médicopaciente; Analisar a percepção dos médicos das ESF sobre o fato de os usuários chegarem ao consultório com informações acessadas na internet acerca de seus processos de adoecimento e como esses atores lidam com essa situação; Analisar se EqSF pesquisadas desenvolvem ações de comunicação em saúde voltadas aos usuários da UBS e aos profissionais de saúde, orientando sobre o uso das tecnologias de Saúde Digital.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não se aplica.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1720469.pdf	28/06/2021 13:22:03		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	28062021ProjetoPesquisa.pdf	28/06/2021 13:21:15	CHEILA PIRES RAQUEL	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	280621TCLE.pdf	28/06/2021 13:20:54	CHEILA PIRES RAQUEL	Aceito
Outros	AutorizacaoEusebioCheila.pdf	23/03/2021 11:45:08	CHEILA PIRES RAQUEL	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DecPesquisadores.pdf	23/03/2021 11:42:01	CHEILA PIRES RAQUEL	Aceito
Cronograma	CronogramaCheila.pdf	23/03/2021 11:30:55	CHEILA PIRES RAQUEL	Aceito
Solicitação Assinada pelo	CARTACEPUFCheila.pdf	23/03/2021 11:29:02	CHEILA PIRES RAQUEL	Aceito

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



Continuação do Parecer: 4.864.193

Pesquisador Responsável	CARTACEPUFCheila.pdf	23/03/2021 11:29:02	CHEILA PIRES RAQUEL	Aceito
Outros	LattesCheila.pdf	23/03/2021 11:25:22	CHEILA PIRES RAQUEL	Aceito
Orçamento	OrcamentoCheila.pdf	23/03/2021 11:22:36	CHEILA PIRES RAQUEL	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostocheila.pdf	23/03/2021 11:14:16	CHEILA PIRES RAQUEL	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 23 de Julho de 2021

Assinado por:
FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000
Bairro: Rodolfo Teófilo **CEP:** 60.430-275
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8344 **E-mail:** comepe@ufc.br

