



Revista **FONTES DOCUMENTAIS**

INFORMAÇÃO, EDUCAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM SAÚDE (IEC) E OS NOVOS DESAFIOS

*INFORMATION, EDUCATION, AND COMMUNICATION IN HEALTH (IEC)
AND THE NEW CHALLENGES*

DOI: 10.9771/rfd.v7i0.66398

Gislane Pereira Santana

Professor da Universidade Católica de Brasília. Doutor em Ciência da Informação na Universidade de Brasília (UnB). Mestre em Gestão do Conhecimento e Tecnologia da Informação pela Universidade Católica de Brasília. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8230-562X> E-mail: santana1204@gmail.com

Elmira Luzia Melo Soares Simeão

Professora da Universidade de Brasília (UnB). Doutora em Ciência da Informação pela UnB. Mestre em Comunicação e Cultura na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Graduação em Comunicação Social pela Universidade Federal do Piauí (UFPI). Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3961-8097> E-mail: elmirasimeao@gmail.com

RESUMO

As bases da Estratégia da Saúde da Família (ESF) no Brasil estão no trabalho em equipe, no diálogo entre profissionais de diferentes áreas e na pluralidade de conhecimentos, habilidades e atitudes, onde os atores envolvidos no processo compartilham mutuamente a preocupação com os cuidados referentes à saúde, prevenção e controle de doenças. A introdução dos Agentes de Saúde (ACS e ACE) nas equipes de Atenção Básica à Saúde, política pública vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS), possibilitou levar ações básicas de saúde aos núcleos familiares, onde as pessoas são atendidas em suas residências, numa ação personalizada. Desse modo, é possível integrar indivíduos, famílias e comunidades, conectando-os aos serviços de saúde localizados nas proximidades de suas casas. Atualmente a desinformação no contexto da saúde coletiva é um grande desafio que os agentes de saúde precisam enfrentar entre outras tarefas diárias. O período da pandemia provocou a circulação de informações falsas sobre tratamentos e vacinas, levando a população a desacreditar nas formas efetivas de prevenção e controle da Covid-19, afetando outras situações como o controle vacinal e a prevenção de Arboviroses. Para realizarem um trabalho efetivo, os ACEs e ACSs deveriam passar por um processo de capacitação abrangente, com atualização de suas práticas nas dimensões da Informação, Educação e Comunicação em Saúde (IEC), incluindo ações de combate à desinformação, com uma orientação para a mediação junto às famílias sobre o risco da prática abusiva de comunicação “desinformativa”, notadamente no uso das redes sociais. A proposta do presente trabalho, é discutir sobre as ações de Informação, Educação e Comunicação em Saúde (IEC) e a disseminação de desinformação no contexto da

Saúde, com o objetivo de identificar as evidências atuais e compreender mecanismos de disseminação da desinformação no Brasil.

Palavras-Chave: estratégia da saúde da família; informação, educação e comunicação em saúde; desinformação; agentes de saúde; discurso de ódio

ABSTRACT

The foundations of the Family Health Strategy (FHS) in Brazil are based on teamwork, dialogue between professionals from different fields, and the plurality of knowledge, skills, and attitudes, where the actors involved in the process share a mutual concern for health care, disease prevention, and control. The introduction of Health Agents (ACS and ACE) in Basic Health Care teams, a public policy linked to the Unified Health System (SUS), enabled the provision of basic health actions to family units, where people are attended to in their homes, in a personalized action. In this way, it is possible to integrate individuals, families, and communities, connecting them to health services located near their homes. Currently, misinformation in the context of public health is a major challenge that health agents need to face among their daily tasks. The pandemic period led to the circulation of false information about treatments and vaccines, causing the population to distrust effective prevention and control methods for Covid-19, affecting other situations such as vaccination control and the prevention of Arboviral diseases. To perform effective work, ACEs and ACSs should undergo a comprehensive training process, updating their practices in the dimensions of Information, Education, and Communication in Health (IEC), including actions to combat misinformation, with guidance on mediating with families about the risks of abusive "misinformative" communication, particularly in the use of social media. The aim of this paper is to discuss Information, Education, and Communication in Health (IEC) actions and the dissemination of misinformation in the health context, with the goal of identifying current evidence and understanding the mechanisms of misinformation dissemination in Brazil.

Keywords: family health strategy; information, education and communication in health; misinformation; health agents; hate speech.

1. INTRODUÇÃO

Com a inovação nos conceitos referentes à vigilância em saúde, com a adoção dos fundamentos e estratégias que embasam as Ciências Sociais em Saúde, especialmente em se tratando de epidemiologia e do planejamento de ações neste campo, novos parâmetros foram estabelecidos com o intuito de reorientar as práticas em saúde coletiva e desenvolver mecanismos de promoção do bem-estar, proteção e assistência à população, visando assegurar a integralidade da atenção básica em saúde.

Como resultado de todo esse processo de criação, por parte do Governo, da Organização das Nações Unidas (ONU) e da Organização Mundial de Saúde (OMS), de mecanismos e políticas voltadas às questões de saúde coletiva, foi implementada a Estratégia Saúde da Família (ESF) que, na realidade, trata-se de uma evolução do Programa Saúde da Família (PSF), concebido pelo Ministério da Saúde (MS) em 1994, que tem por finalidade atuar na prevenção de doenças e na vigilância e promoção de práticas voltadas a dar suporte integral à população brasileira, em termos de saúde

coletiva. (Santana; Carmagnani, 2001).

Escolhidos entre os moradores de cada localidade, a atividade desempenhada pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) requer que esse profissional detenha conhecimentos que o habilitem a fazer uso de diversas informações. Com diferentes competências e habilidades, adquiridas ao longo de sua formação e experiência profissional, o ACS é um comunicador em potencial. O objetivo do trabalho do ACS é informar e incluir ações básicas de saúde nos núcleos familiares, priorizando o atendimento ao cidadão. Desse modo, é estabelecida, de maneira estratégica, uma ação de saúde dirigida aos indivíduos em seus ambientes familiares.

Outro profissional que atua na área de Saúde da Família é o Agente de Combate às Endemias (ACE). Sua função é de fundamental importância no que se refere à vigilância sanitária e implementação de ações em saúde pública voltadas ao controle de endemias e epidemias no Brasil. Esse agente está diretamente ligado às equipes de Atenção Básica da Saúde, conforme o que está previsto nas diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), atuando na vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental. (Torres, 2009). Esse profissional destaca-se pela necessidade da sua presença em diversos ambientes, atuando no controle vetorial, tanto na zona urbana quanto rural, em todo o território brasileiro.

Um dos compromissos da Informação, Educação e Comunicação em Saúde (IEC) é a busca por um vocabulário que integre símbolos e valores culturais regionais, possibilitando o envolvimento das pessoas na compreensão da saúde como um direito e da educação como um dever do Estado. Ao combinar os três conceitos, a partir do entendimento do que seja em IEC, fazendo uso das competências de cada área por meio do entrelaçamento dos conhecimentos, será possível apoiar e executar ações que possibilitem a conexão entre conhecimento teórico e empírico.

As ações em saúde se fortalecem quando há a participação efetiva de todos os agentes envolvidos no processo. A união de esforços, a interação entre as áreas de informação, educação e comunicação em saúde leva ao reconhecimento, identificação e solução de problemas relativos às doenças que afetam a população no âmbito Federal, Estadual e Municipal, permitindo que os tomadores de decisão adotem a melhor resolução no sentido de sanar os desafios existentes nas comunidades atendidas pela ESF.

Com base na percepção de Wardle e Derakhshan (2017), é possível concluir que a palavra desinformação tem vários significados, os quais podem ser empregados em

diversos contextos. O termo pode ser definido como ausência de informação e, também, como informação manipulada e direcionada com o intuito de enganar alguém. A pesquisadora identificou em seus estudos três tipos diferentes de conceitos para o termo desinformação, avaliando as dimensões de dano e falsidade, os quais ela definiu como desordem da informação, que são: 1) Mal-informação (Mis-information) é quando informações falsas são compartilhadas, mas não causam nenhum dano significativo; 2) Des-informação (Dis-information) é quando informações falsas são conscientemente compartilhadas com o intuito de causar danos; e 3) Mal-informação (Mal-information) é quando informações genuínas são compartilhadas para causar danos, ao mover notícias projetadas para permanecerem privadas na esfera pública.

O discurso de ódio refere-se à expressão verbal ou escrita que promove, incita ou propaga o ódio, a discriminação, a violência ou o preconceito contra indivíduos ou grupos com base em características como raça, etnia, religião, orientação sexual, gênero, nacionalidade, entre outros. Esse tipo de discurso é prejudicial e tem consequências, pois pode levar à marginalização, exclusão social, violência física e emocional, além de afetar a convivência e o respeito mútuo entre as pessoas.

Diante desses desafios atuais, o ACS e o ACE podem representar o elo entre o sistema de saúde e a comunidade onde atuam, pois possuem conhecimentos que os habilitam a selecionar informações a partir de fontes confiáveis e, com isso, garantir qualidade na comunicação comunitária e orientar a população em relação à proliferação de doenças. O trabalho desses profissionais também pode contribuir para diminuir a propagação de desinformação e o discurso de ódio disseminado nas redes e mídias sociais e em outros meios de comunicação, minimizando medos e incertezas da população em relação à saúde coletiva e crises sanitárias.

Para isso, sugere-se reorientar as práticas de comunicação desses agentes nas dimensões da informação, educação e comunicação em saúde para o enfrentamento da desinformação e o discurso de ódio, nos processos de trabalho, e na atuação junto às famílias e comunidades.

2. DESENVOLVIMENTO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

As diretrizes da ESF estão relacionadas à prevenção de doenças, vigilância e promoção, e integralidade do cuidado da saúde tanto das pessoas, individualmente, quanto da coletividade. Teoricamente, a atenção básica de saúde consiste na união de

ações que caracterizam, na prática, a real concepção em vigilância em saúde, que é um processo contínuo de coleta e análise de dados com o intuito de implementar medidas de saúde pública que combinam fundamentos e estratégias provenientes das ciências sociais em saúde, da epidemiologia, e do planejamento, reorientando as práticas em saúde, desenvolvendo as referências em promoção, proteção e assistência, com a finalidade de assegurar a integralidade da atenção em saúde (Santana; Carmagnani, 2001).

Coincidentemente, a ESF é uma referência que busca reestruturar a atenção básica conforme os princípios do SUS (Brasil, 1997). Diferente do modelo predominante em saúde, os fundamentos da ESF estão no trabalho em equipe, no diálogo entre profissionais de diferentes áreas e na pluralidade de conhecimentos, habilidades e atitudes, onde os atores envolvidos no processo compartilham mutuamente a preocupação com os cuidados referentes à saúde, indistintamente. Tira-se o foco do indivíduo, da doença em si, deslocando o olhar para a proteção, promoção e prevenção, indo até as famílias e promovendo ações de cuidado integral e contínuo, nas localidades onde residem, levando em consideração os contextos sociais, políticos e econômicos e as transformações decorrentes do convívio em sociedade.

Nesse sentido, os objetivos da ESF são contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do SUS, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população. A ESF foi definida como o eixo estruturante do SUS e, em 2011, por meio do Decreto Federal nº 7.508, passou a ser a porta de entrada dos usuários do SUS aos serviços de atendimento inicial à saúde. Além de atuar na promoção da saúde das famílias nas localidades onde residem, a ESF leva apoio social aos grupos de maior vulnerabilidade, por meio de articulações com entidades e autoridades locais, visando a continuidade dos cuidados da saúde no universo populacional que tem a Unidade Básica de Saúde (UBS) como porta de acesso aos serviços de procura regular.

2.1 O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

No Brasil, a criação do cargo de ACS está inserida em uma estratégia de saúde pública estruturada com a finalidade de diminuir os altos índices de mortalidade infantil nas regiões atingidas pela seca, principalmente no nordeste do país e, também, devido à necessidade de serem implantadas emergencialmente equipes de saúde para atender as

vítimas da epidemia de cólera na Região Norte. Foi uma ação tão importante que, rapidamente, o SUS a expandiu para vários municípios, principalmente no estado do Ceará. Segundo Sousa (2010, p.28),

Os primeiros resultados da redução na mortalidade infantil, do aumento do percentual das mulheres que fazem o pré-natal nos três primeiros meses, da diminuição das internações hospitalares por diarreias e infecções respiratórias agudas, do cuidado com os hipertensos, diabéticos, e da ampliação de redes de atenção à saúde em territórios historicamente vazios, sem nenhum acesso, sinalizam-nos que as linhas do nosso tecido se fortaleciam.

O objetivo, com a criação dessa estratégia, era incluir ações básicas de saúde nos núcleos familiares, priorizando o atendimento materno-infantil. Desse modo, seria designado estrategicamente um agente de saúde com a atribuição de prestar atendimento aos indivíduos em seus ambientes familiares, por meio de um representante, morador da localidade, selecionado por ter um bom relacionamento com sua comunidade. Essa ação alavancou a formação das equipes de saúde da família que foram designadas para reestruturar a Atenção Básica da Saúde. Esses grupos de profissionais eram compostos por, no mínimo, um médico e um enfermeiro com especialidade em pediatria, clínica médica e ginecologia-obstetrícia, respectivamente, um técnico de enfermagem e o ACS (OPAS, 2018).

O ACS, sob a orientação de um supervisor, enfermeiro ou médico da equipe da unidade de saúde, realiza visitas domiciliares, mapeando a localidade e produzindo informações com o objetivo de dimensionar os principais problemas de saúde de sua comunidade. Conforme definido pelo MS, são atribuições do ACS: a) participar e incentivar reuniões comunitárias para debates e discussões sobre melhorias da qualidade de vida da comunidade, criando o vínculo entre os moradores e os serviços de saúde; e b) identificar e coletar dados sobre questões sociais, econômicas, sanitárias e culturais e repassar as informações obtidas aos demais integrantes da equipe, colocando-os a par das necessidades e da situação social da comunidade.

O ACS também deve influenciar a comunidade quanto ao uso apropriado dos serviços de saúde e catalogar nascimentos, doenças e óbitos ocorridos em sua área de abrangência. Uma de suas tarefas é visitar as residências para conhecer as pessoas que moram nos limites de sua atuação, a fim de cadastrar todas as famílias, identificando as gestantes e as crianças de 0 a 6 anos que estarão sob seus cuidados, por meio de visitas domiciliares. Esse profissional é quem faz o elo entre instituições governamentais e não governamentais e as associações comunitárias, com o objetivo de executar, conforme a sua competência, ações e atividades básicas de saúde (Brasil, 1991, 1994, 2009).

Os ACS encontram-se em duas situações distintas em relação ao SUS: a) vinculados a uma UBS ainda não organizada segundo os parâmetros da saúde da família; e b) vinculados a uma UBS da família, como integrantes da equipe multiprofissional. Atualmente, existem 263.109 ACSs em atividade no país, atuando em comunidades rurais, periferias urbanas e municípios urbanizados e industrializados.

2.2 O AGENTE DE COMBATE ÀS ENDEMIAS

As epidemias, desde os primórdios da civilização, estão presentes na vida em sociedade, fazendo parte da evolução da humanidade (Brasil, 2019). Nos dias atuais, as conjunturas sociais relacionadas aos sistemas de produção e a fatores econômicos ainda contribuem para o aparecimento de doenças endêmicas mundo afora. No Brasil, as iniciativas para erradicar os grandes surtos epidêmicos, como a febre amarela, a malária, a leishmaniose e a doença de Chagas, fazem parte da história da saúde pública (Lima, 2002).

Em território brasileiro, as medidas de controle de vetor tiveram início com a primeira campanha sanitária contra a febre amarela, realizada no Recife, em 1691 (BRASIL, 1994b), que perpassaram as epidemias que ocorreram no Rio de Janeiro, no século XIX (Lima, 2002). Tal iniciativa fortaleceu as ações para prevenção dessas endemias, tomando por base principalmente o conhecimento da localidade de atuação do agente de saúde e a prática adquirida no trabalho de campo. Desde então, esse profissional ganhou destaque pela sua presença nos mais diversos contextos de atuação, quando se trata de controle vetorial, tanto urbano quanto rural.

O trabalho do ACE foi regulamentado somente em 2006, com a publicação da Lei Federal nº 11.350, de 5 de outubro de 2006. A partir daí, foi reconhecida a importância fundamental desse profissional, que atua nas estratégias de vigilância e na promoção de ações em saúde pública, exercendo atividades de controle de endemias e epidemias, vinculado diretamente às equipes de Atenção Básica da ESF e dando apoio aos serviços de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental (Torres, 2009).

Além disso, a Lei Federal nº 13.595, de 5 de janeiro de 2018 (Brasil, 2018a), estabelece algumas ações a serem desenvolvidas de forma integrada com os ACSs (art. 4º-A), principalmente no contexto das atividades de mobilização social por meio da educação popular, dentro das respectivas áreas geográficas de atuação. Cabe ressaltar que as atividades dos ACEs não se restringem apenas às ações de controle das

Arboviroses. Esses agentes de saúde devem desenvolver outras atividades, expressas na lei, supervisionadas por profissionais de nível superior e condicionadas à estrutura da vigilância em saúde e da atenção básica.

3. INFORMAÇÃO, EDUCAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

A tríade Informação, Educação e Comunicação em Saúde são termos que se associam e se entremeiam às políticas de saúde. Mas, antes de avançar nesta questão, é preciso compreender cada um desses domínios para, então, ser possível perceber como eles são empregados dentro das estratégias do SUS.

De acordo com Costa e López (1996), Educação em Saúde consiste na união de saberes e práticas que são dirigidos para a promoção da saúde e prevenção de doenças. Esta dinâmica se processa mediante a aquisição do conhecimento científico gerado no campo da saúde, que é permeado por profissionais de saúde, os quais disseminam a informação fazendo-a chegar ao dia a dia das pessoas.

Compreendendo que a maneira de tratar a saúde-doença permite incorporar novas práticas de saúde (Alves, 2005). As ações de Educação em Saúde foram desenvolvidas pelo MS, por meio da Divisão Nacional de Educação em Saúde (DNES), a nível federal e, nos estados, pelas Secretarias Estaduais de Saúde. A formulação de documentos contendo as Diretrizes de Ação Educativa em Saúde foi o meio que o Governo utilizou para garantir uma concepção metodológica de ação mútua, em conformidade com os preceitos do SUS (MS, 1987).

A Informação, no âmbito da saúde, está relacionada à estruturação de dados com o propósito de dar suporte à tomada de decisão, quando houver necessidade de interferir em uma dada realidade. Desse modo, a atribuição da informação em saúde é considerada como base para intervenção e compreensão de que a realidade de saúde traduzida deve influenciar decisões e modificar percepções, conforme afirmado por Mota (1995). A Informação em Saúde envolve decisão, intervenção, avaliação e difusão, permitindo perceber o processo saúde-doença, interagir com as forças sociais participantes, possibilitar a análise dos resultados e tornando-se essencial ao processo de difusão desses resultados, conforme destacado por Mota (1995).

A Comunicação em Saúde está relacionada à união da educação sanitária com as técnicas de propaganda usadas como mecanismo para apoiar ações de combate aos vetores de endemias. Quando esse conceito foi introduzido na saúde, o foco era mais

voltado para a execução do que para prevenção e remonta ao Departamento Nacional de Saúde Pública, órgão que foi transformado no MS (Rodrigues, 1995). A atividade precursora, em termos de Comunicação em Saúde no SUS, está relacionada aos casos de poliomielite da época, quando foi atribuída à área de comunicação realizar uma mobilização nacional para vacinação da população. A partir daí, essa prática tornou-se comum, tendo em vista os resultados da campanha.

Por mais que o país tenha avançado, nos últimos anos, criando várias estratégias e colocando-as em prática, o acesso da população aos serviços de saúde e à Informação, garantido na Constituição de 1988, por si mesmo não se faz eficiente para a sustentação do modelo de atenção básica proposto nas diretrizes do SUS. Para que haja o fortalecimento destas ações e, de fato, se alcance o que prevê o texto constitucional, faz-se necessário implementar um programa de atenção à saúde voltado ao bem-estar social, que contenha em suas premissas orientações sobre a criação de meios de transmissão de conhecimentos que possibilitem a interação das três áreas de interesse citadas neste tópico – Informação, Educação e Comunicação em Saúde. Desse modo, será possível a interação entre os diferentes públicos de interesse, de modo abrangente, alcançando as diferentes esferas da sociedade brasileira.

3.1 DESINFORMAÇÃO

O termo "desinformação" tem sido amplamente discutido nas últimas décadas, especialmente com o avanço das tecnologias de comunicação e das mídias sociais. Vários estudiosos contribuíram com temas relacionados à desinformação, dentre eles: Walter Lippmann, um jornalista e escritor americano do século XX, que discutiu a influência da mídia na formação da opinião pública em seu livro *Opinião Pública*, publicado em 1922. Ele explorou como a imprensa pode moldar a percepção do público e como a desinformação ou informações incorretas podem ser disseminadas.

Noam Chomsky (1988), além de suas contribuições para o estudo do discurso de ódio, também abordou a questão da desinformação. Ele discutiu como os meios de comunicação podem ser controlados por interesses poderosos e como informações manipuladas ou omitidas podem influenciar a percepção pública. Marshall McLuhan foi um filósofo da comunicação e teórico da mídia que explorou os efeitos das tecnologias de comunicação na sociedade. Embora não tenha se referido diretamente à desinformação, suas ideias sobre a mídia como um meio de influência e terapia são

relevantes para a compreensão da disseminação de informações falsas.

Umberto Eco, um renomado escritor e filósofo italiano, discutiu a natureza da informação e a disseminação de rumores em sua obra *Apocalípticos e Integrados*. Embora não tenha se concentrado exclusivamente na desinformação, suas reflexões sobre o fluxo de informações e a criação de narrativas são relevantes para a compreensão do fenômeno. Neil Postman (1985) foi um autor e crítico cultural americano que explorou o impacto dos meios de comunicação na sociedade. Em seu livro *Amusing Ourselves to Death*, ele discutiu como a mídia e o entretenimento podem distorcer a informação e contribuir para a desinformação.

Claire Wardle é uma especialista em desinformação e cofundadora da First Draft, uma organização dedicada a combater a desinformação online. Ela tem pesquisado e escrito extensivamente sobre *Fake News* e desenvolvido um modelo para entender a ecologia da desinformação. Esses autores e suas ideias sobre a influência dos meios de comunicação, a manipulação da informação e a formação da opinião pública são relevantes para a compreensão do fenômeno da desinformação nos dias de hoje. É importante ressaltar que o estudo da desinformação é um campo em constante evolução, com novos pesquisadores e perspectivas emergindo regularmente.

3.2 DISCURSO DE ÓDIO

O discurso de ódio pode assumir várias formas, incluindo discursos de incitação ao ódio, insultos, difamação, calúnia, intimidação, ridicularização e propaganda de ódio. Com a disseminação das mídias sociais e a facilidade de acesso à internet, o discurso de ódio também encontrou novos meios de poder e alcance, o que amplifica seu impacto e potencial de prejudicar pessoas e comunidades. É importante distinguir a liberdade de expressão legítima do discurso de ódio. A liberdade de expressão é um direito fundamental, mas não é absoluta e não deve ser usada como desculpa para promover o ódio ou incitar a violência.

A incitação ao ódio e à violência não são protegidas pela liberdade de expressão, pois podem causar danos e violar os direitos das pessoas visadas. Muitos países têm leis que restringem o discurso de ódio e penalizam aqueles que o praticam. Essas leis variam em sua abrangência e aplicação, e é um desafio encontrar um equilíbrio entre proteger a liberdade de expressão e combater o discurso de ódio. Para combater o discurso de ódio, é essencial promover a educação, a conscientização e a inclusão. É necessário encorajar

o respeito mútuo, a tolerância e a valorização da diversidade, tanto nas comunidades online quanto offline. As plataformas de mídia social também têm a responsabilidade de desenvolver políticas eficazes para combater o discurso de ódio em suas plataformas, removendo conteúdo prejudicial e banindo usuários que promovem a violência e a discriminação.

Em última análise, combater o discurso de ódio é um esforço coletivo que requer a participação de governos, instituições, sociedade civil e indivíduos. Através do diálogo, da empatia e do respeito, podemos construir sociedades mais inclusivas e harmoniosas, onde todos possam viver livremente, sem medo de detecção ou violência baseada no ódio.

Embora o conceito de discurso de ódio seja discutido há bastante tempo, é importante notar que o termo em si não foi amplamente utilizado até os tempos mais recentes. No entanto, existem autores clássicos cujas ideias ajudaram a moldar o entendimento do fenômeno do ódio e sua relação com a linguagem, destacados aqui: Sigmund Freud (1996), o destacado psicanalista, explorou as origens e as manifestações do ódio em suas teorias psicológicas. Ele destacou a natureza intrínseca do ódio como uma emoção humana básica, que pode ser direcionada a outras pessoas ou grupos.

Karl Marx (1983), embora não tenha abordado especificamente o discurso de ódio, explorou as relações de poder e as formas de opressão em sua teoria do materialismo histórico. Seus escritos analisam as tribulações sociais, compulsivas e políticas, que podem fornecer o contexto para a emergência e a ativação do discurso de ódio. Theodor Adorno (1950), junto com outros membros da Escola de Frankfurt, examinou a propaganda e o poder do discurso de ódio na sociedade. Em sua obra *A Personalidade Autoritária*, ele investigou os fatores psicossociais que podem contribuir para o incentivo e a disseminação do preconceito e do ódio.

Judith Butler (2003) é uma filósofa contemporânea que examina a violência e a opressão em relação à identidade de gênero e à orientação sexual. Seu trabalho aborda como a linguagem e as normas sociais podem perpetuar o ódio e a discriminação contra pessoas LGBTQ+. Noam Chomsky (1988), embora mais conhecido por suas contribuições no campo da linguística e da política, também discutiu questões relacionadas ao discurso de ódio. Ele argumentou que a mídia desempenha um papel importante na disseminação do ódio, por meio de estereótipos e narrativas prejudiciais. Esses autores abordam questões diretamente ou indiretamente relacionadas ao discurso de ódio. É importante ressaltar que o estudo e a análise do discurso de ódio continuam a

evoluir, com novos insights e perspectivas sendo adicionados regularmente.

3.3 RELAÇÕES ENTRE DESINFORMAÇÃO, DISCURSO DE ÓDIO E O IMPACTO NA SAÚDE

Embora os conceitos de desinformação e discurso de ódio sejam distintos, eles estão interconectados e muitas vezes se sobrepõem em suas manifestações. Para uma análise que conecta esses temas, podemos fazer uma relação entre eles com base nas contribuições de diversos estudiosos contemporâneos, conforme segue: a desinformação refere-se à disseminação de informações incorretas ou enganosas, incluindo notícias falsas, que são projetadas para parecer verdadeiras e podem ser usadas como uma forma de manipulação.

Claire Wardle e Derakhshan (2017); e Whitney Phillips (2015), pesquisadora e autora, têm analisado a manipulação da desinformação e as estratégias usadas para criar e disseminar notícias falsas. O discurso de ódio é a expressão verbal ou escrita que promove o ódio, a discriminação e a violência contra indivíduos ou grupos.

Embora não haja autores clássicos específicos, Sigmund Freud (1996) e Theodor Adorno (1950) abordam as origens e as manifestações do ódio em suas teorias psicológicas e sociológicas, respectivamente. Eles ajudam a compreender os fatores psicossociais e históricos que podem contribuir para a disseminação do discurso de ódio. Embora esses autores não tenham utilizado todos os conceitos em conjunto, suas contribuições ajudam a entender os aspectos psicológicos, sociais e comunicacionais que envolvem a disseminação da desinformação e do discurso de ódio. Essas áreas estão em constante evolução, e os pesquisadores contemporâneos continuam a contribuir para a compreensão dos desafios e desses fenômenos na sociedade atual.

O impacto da desinformação e do discurso de ódio na saúde é um campo em desenvolvimento. Alguns autores abordam a influência desses fenômenos na saúde pública: o discurso de ódio pode levar à exclusão social e marginalização de certos grupos, o que pode resultar em efeitos negativos na saúde mental e física das pessoas isoladas. Autores como Paradies *et al.* (2015) discutem o impacto do racismo na saúde, enquanto Link e Phelan (2006) exploram a relação entre o estigma e a saúde.

A disseminação de desinformação e/ou informações falsas e enganosas pode levar a consequências graves para a saúde pública. Isso pode incluir a recusa de vacinas, o uso de tratamentos ineficazes ou perigosos, e o fortalecimento de teorias da

conspiração prejudiciais. Autores como Vosoughi, Roy e Aral (2018) investigam a influência de notícias falsas nas redes sociais, enquanto Betsch *et al.* (2012) exploram a influência da desinformação nas atitudes e comportamentos relacionados à vacinação.

A desinformação e o discurso de ódio podem ter um impacto negativo na saúde mental e no bem-estar das pessoas. Autores como Susan Greenhalgh (2006) e Greta R. Bauer (2014) investigaram as consequências psicológicas do estigma e da relação com o discurso do ódio, enquanto figuras como Sander L. Gilman (1985) e Arthur Kleinman (1988) abordaram o impacto do estigma na saúde mental. Esses pesquisadores destacam os efeitos da desinformação e do discurso de ódio na saúde. No entanto, é importante observar que o campo está em constante evolução e que outras pesquisas mais recentes podem oferecer uma compreensão mais atualizada sobre esses temas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se com uma proposta de um “agente especialista” para o enfrentamento desse cenário de incertezas, unindo os compromissos da IEC por um vocabulário que integre símbolos e valores culturais regionais, ampliado com a alfabetização midiática e informacional, possibilitando o envolvimento das pessoas na compreensão da informação correta como um bem para a saúde. Esse agente especialista pode ser tanto um ACS quanto um ACE, ou os dois, pois a Lei Federal nº 13.595, de 5 de janeiro de 2018 (Brasil, 2018a), estabelece algumas ações a serem desenvolvidas de forma integrada com os ACSs e ACEs (art. 4º-A), principalmente no contexto das atividades de mobilização social por meio da educação popular.

Reforça-se o papel desses agentes, o ACS e o ACE, como elo entre o sistema de saúde e a comunidade onde atuam, preparados com os conhecimentos necessários para selecionar informações a partir de fontes confiáveis e, com isso, garantir qualidade na comunicação comunitária e orientar a população em relação à proliferação de doenças. Evita-se, assim, a propagação de desinformação e discurso de ódio nas redes e mídias sociais e em outros meios de comunicação, minimizando medos e incertezas da população em relação à saúde coletiva e crises sanitárias.

REFERÊNCIAS

- ADORNO, Theodor W. **A personalidade autoritária**. Harper & Irmãos, 1950.
- BAUER, Greta R. Incorporando a teoria da interseccionalidade na metodologia de pesquisa em saúde da população: desafios e o potencial para avançar na equidade em saúde. **Ciências Sociais e Medicina**, v. 110, p. 10-17, 2014.
- BETSCH, C.; RENKEWITZ, F.; BETSCH, T.; ULSHÖFER, C. A influência de sites críticos de vacinas na percepção de riscos de vacinação. **Journal of Health Psychology**, v. 17, n. 6, p. 847–856, 2012.
- BUTLER, Judith. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**. 1. ed. São Paulo: Editora Civilização Brasileira, 2003.
- CHOMSKY, Noam. **Manufacturing consent: a economia política da mídia de massa**. Panteão, 1988.
- FREUD, Sigmund. Reflexões para os tempos de guerra e morte. *In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, [1917b] 1996, v. XIV.
- GILMAN, Sander L. **Diferença e patologia: estereótipos de sexualidade, raça e loucura**. Cornell University Press, 1985.
- GREENHALGH, Susan. **Construindo a saúde sexual: homens que fazem sexo com homens, discurso e identidade em Kolkata (Calcutá)**. Sage Publicações, 2006.
- KLEINMAN, Arthur. **As narrativas da doença: sofrimento, cura e a condição humana**. Livros Básicos, 1988.
- LINK, Bruce G.; PHELAN, Jo C. Estigma e suas implicações para a saúde pública. **The Lancet**, v. 367, n. 9509, p. 528-529, 2006.
- LIPPMANN, Walter. **Opinião pública**. Harcourt, Brace and Company, 1922.
- MARX, Karl. **O capital: crítica da economia política**. Tradução de Reginaldo Sant'Anna. 1. ed. São Paulo: Abril Cultural, 1983.
- PARADIES, Y. *et al.* Racismo como determinante da saúde: uma revisão sistemática e metanálise. **PLOS ONE**, v. 10, n. 9, p. e0138511, 2015.
- PHILLIPS, Whitney. **É por isso que não podemos ter coisas boas: mapeando a relação entre a trollagem online e a cultura mainstream**. Imprensa MIT, 2015.
- POSTMAN, Neil. **Divertindo-nos até a morte: discurso público na era do show business**. Livros do Pinguim, 1985.
- VOSOUGHI, S.; ROY, D.; ARAL, S. A disseminação de notícias verdadeiras e falsas online. **Science**, v. 359, n. 6380, p. 1146-1151, 2018.

WARDLE, Claire; DERAKHSHAN, H. **Distúrbio da informação:** rumo a um quadro interdisciplinar para pesquisa e formulação de políticas. Conselho Europeu, 2017.

Recebido/ Received: 20/09/2024
Aceito/ Accepted: 03/11/2024
Publicado/ Published: 31/12/2024