

A participação social como estratégia para criação de vínculos, combate à desinformação e retomada de indicadores de saúde

**Fernando Zasso Pigatto¹, Luiz Filipe Barcelos Macedo²,
Natália Ribeiro da Silva³**

RESUMO

Com objetivo de analisar a participação social no Sistema Único de Saúde (SUS) e sua relevância para a criação de vínculos e combate à desinformação, o presente artigo apoia-se em uma breve revisão de literatura, além de relatórios oriundos da 17ª Conferência Nacional de Saúde. Aponta como a Atenção Primária à Saúde (APS) e por seguinte a Estratégia de Saúde da

1 Graduado em Gestão Ambiental pela Universidade Norte do Paraná (Unopar). Atualmente é presidente do Conselho Nacional de Saúde, representando a Confederação Nacional das Associações de Moradores (Conam) | fernando_pigatto@yahoo.com.br.

2 Mestre pela Universidade de Brasília (Departamento de Saúde Coletiva / Laboratório de Educação, Comunicação e Informação em Saúde. Jornalista, assessor de Comunicação e Imprensa do CNS. <https://orcid.org/0009-0001-6440-5491> | luizfilipebarcelos@gmail.com.

3 Graduada em Comunicação Social pela Universidade Federal de Goiás. É jornalista e integra a equipe de Assessoria de Comunicação e Imprensa do Conselho Nacional de Saúde. https://www.cnpq.br/cvlattesweb/PKG_MENU.menu?f_cod=80713836D4428741080B4534E362DA38# | natalia.ribeiro@saude.gov.br.

Família (ESF) podem ser assertivas na melhora dos indicadores de saúde e como, por meio de atores como os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Combate a Endemias (ACE), promovem vínculos com usuários e usuárias do SUS. Discute como esta criação de vínculos pode ser utilizada como ferramenta estratégica no campo da comunicação e educação em saúde para combater a desinformação. Finaliza associando a importância da Atenção Primária à Saúde desde a Conferência de Alma-Ata(1978) até a 77ª Assembleia Mundial de Saúde (2024).

Palavras-chave: Participação Social; Determinantes Sociais da Saúde; Desinformação

Introdução

Ao completar 36 anos de existência em 2024 (1), o Sistema Único de Saúde (SUS) enfrenta desafios já conhecidos, que dizem respeito a problemas históricos conjunturais, e também a novas necessidades que se apresentam no exercício de promover uma saúde integral com qualidade. A Estratégia de Saúde da Família (ESF), que completa 30 anos de existência em 2024, tem sido responsável pela melhora de indicadores de saúde incontestáveis, como no controle de doenças infecciosas e na redução da mortalidade infantil, tendo na Atenção Primária à Saúde (APS) o modelo mais assertivo para o sistema (2). Porém, a APS ainda é marginalizada em momentos cruciais, como no caso da estratégia nacional de enfrentamento à Covid-19 durante a pandemia (3), e em 2024, mesmo com avanços em relação ao vivenciado até

2022, continua sofrendo percalços no seu pleno financiamento para o exercício adequado de suas premissas (4).

A efetivação da Participação Social para a formulação, monitoramento e avaliação das Políticas Públicas de Saúde continua sendo um dos grandes desafios do SUS, que apesar de vitórias e conquistas ao longo de décadas (5) e da vitalidade demonstrada pelo Controle Social na 17ª Conferência Nacional de Saúde, passa por transições que dizem respeito à efetivação de lutas históricas, mas também à projeção do SUS que virá no amanhã de um novo dia. A 17ª CNS, convocada em 5 de outubro de 2021 (33 anos da Constituição Federal), e com a etapa nacional ocorrida em julho de 2023, marca esse novo momento do Controle Social em que a equidade torna-se palavra de ordem pela busca de integralidade e universalidade, exigindo de gestores e gestoras, conselheiros e conselheiras um olhar atento às mudanças na sociedade e as adaptações demandadas ao sistema, colocando novos olhares em seus princípios e diretrizes frente a mudanças epidemiológicas, políticas e tecnológicas da atualidade.

Mas além de mudanças na forma da população exigir a efetivação dos direitos, os últimos anos também são emblemáticos pelo surgimento de fenômenos como o da desinformação em saúde, que coloca o SUS, a população e os governantes em uma intrincada teia pela garantia de saúde baseada em evidências científicas. O Conselho Nacional de Saúde (CNS) tem agido e se posicionado contra a desinformação tão danosa ao país, já que também tem sido alvo de ataques, mentiras e deturpações que minam o pleno exercício da cidadania por meio do processo

das Conferências. Um dos casos foi em relação às Resoluções nº 715 e 719 do CNS, publicadas em 2023 como resultado das propostas elencadas por delegadas e delegados durante a 17ª Conferência Nacional de Saúde (6), que foram alvo de ataques e deturpações de toda ordem por setores ultraconservadores da sociedade.

O problema da desinformação não é exclusividade do SUS, e tem preocupado pesquisadores e cientistas de todo mundo, especialmente, pelo anticientificismo que avança no mundo, cujas crenças e emoções se sobrepõem à ciência (7). A complexidade do fenômeno chama atenção frente aos patamares globais e proporções que têm atingido rapidamente com o avanço da tecnologia, alcançando toda a esfera pública e impactando no entendimento de crenças compartilhadas em comunidade. Tendo isso em vista, autores defendem que a desinformação deve ser analisada a partir de premissas que identifiquem o tipo de dano causado e os elementos que compõem a desordem informacional, buscando inibir ou minimizar impactos negativos no exercício da democracia (8).

Pesquisa recente da *The Lancet Infectious Disease* comparou epidemias ocorridas em outros momentos históricos e a sua relação com a comunicação e informação em Saúde, buscando compreender o fenômeno da desinformação de forma ampla no espectro da história (9). O estudo fez um paralelo entre quatro epidemias prévias à da Covid-19, como a da Aids nos anos 80 e 90, destacando como os episódios se relacionam ou distanciam. Fica evidente na abordagem que a legitimação da verdade sobre a ciência e a saúde não são questões novas, porém a pesquisa

sugere que ao invés de focar no fluxo da informação falsa e seus dispositivos tecnológicos, é necessário expandir a análise para os laços comunitários que criam a confiança sobre a saúde:

“Although misinformation can spread on a global scale, this holistic approach advocates for community-level interventions that improve relationships and trust between medical or public health entities and local populations” (10).

A afirmação é fundamental à medida que analisamos o SUS e sua diretriz de participação social como elemento fundante do Sistema, especialmente na APS. O sistema de conselhos, presente em todo país por meio de conselhos Estaduais, Municipais, Locais e o próprio CNS são responsáveis pela criação de vínculos capazes de olhar para os determinantes sociais de cada território, criando soluções possíveis a partir do entendimento do conceito ampliado de saúde formulado e resguardado durante a emblemática 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986 (10).

Seguindo ainda o princípio da integralidade, as atividades de prevenção e promoção da saúde fazem parte das responsabilidades dos profissionais da ESF, que por meio de ações voltadas para Informação, Comunicação e Educação criam vínculos com as pessoas do território em um amplo processo de conhecimento de sua cultura, seus saberes e determinantes de saúde (11). Portanto, um processo de construção de conhecimento sobre saúde que não é compreendido como “transmissão ou uma extensão sistemática de um saber”, mas como uma comunicação dialógica, como defende Paulo Freire (12):

“A educação é comunicação, é diálogo, na medida em que não é a transferência de saber, mas um encontro de sujeitos interlocutores que buscam a significação dos significados”.

Experiências como a do SUS, de criar vínculos para combater a desinformação na estrutura institucional entre serviços de saúde e população, podem trazer reflexos importantes para reverter as quedas nas taxas de imunização, assim como retomar indicadores de saúde ideais. É necessário que o Sistema de Conselhos do SUS esteja alinhado com as mudanças estruturais da Atenção Primária à Saúde, protagonizando um diagnóstico territorial a partir da ótica conjunta de pessoas usuárias, trabalhadoras e gestoras para o fortalecimento do sistema, melhoria da qualidade de vida da população e o enfrentamento de novos desafios.

Métodos

O presente artigo é uma revisão de literatura de bases científicas indexadas e em relatórios de Conferências Nacionais de Saúde, que investiga na participação social do SUS respostas para o fenômeno da desinformação e uma comunicação voltada para os princípios do sistema.

Resultados e discussão

Araújo e Cardoso apontam caminhos ao defenderem que as práticas de Comunicação em Saúde para o SUS devem ser efetivadas à luz dos princípios nos quais o sistema se baseia, no intuito de minimizar ações “tópicas e compartimentadas” (13).

As autoras também apontam como princípios norteadores de ações para o SUS a equidade da produção e disseminação de conteúdo, a integralidade e descentralização dos processos comunicativos, assim como a participação social na construção de sentidos sobre a saúde dos territórios que ocupam (13).

Ao analisar essa concepção atualizada de comunicação como uma dinâmica relacional de produção de subjetividades a partir de processos comunicativos entre os diversos atores sociais - cidadãos, conselhos, governo, centros de referência, mídia - podemos encontrar pistas para dar respostas aos desafios impostos pela desinformação em saúde na atualidade. O direito universal à comunicação, assim como à saúde, é premissa de um estado democrático comprometido com o bem-estar de sua população, e tem o sistema de conselhos uma ferramenta institucionalizada para operacionalizar laços de confiança nos territórios em que a APS atua.

Políticas Públicas de Saúde precisam se atentar a essa dinâmica relacional para que a confiança seja base entre serviços de saúde e comunidade, capazes de diminuir vulnerabilidades, melhorar indicadores e combater a desinformação. Passados 36 anos de lutas, resistências e vitórias do Controle Social brasileiro, essa experiência bem-sucedida de criação de vínculos com a sociedade para o melhoramento dos serviços foi recentemente reconhecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) durante a 77ª Assembleia Mundial de Saúde, em Genebra. A partir da aprovação da Resolução que confirma a importância da participação social em todo ciclo da política de saúde, tendo o modelo participativo do SUS uma forte inspiração (14), um gru-

po foi composto com 27 países signatários da resolução para formular mecanismos e estratégias para sua implementação a nível mundial.

Considerações finais

O reconhecimento internacional da participação social em saúde é uma vitória do SUS e de toda população brasileira, que tem no Conselho Nacional de Saúde agora um porta-voz para todo mundo de uma saúde pública de qualidade, que é também exercício da democracia em busca de uma vida plena para todas as pessoas.

Esse reconhecimento da participação do SUS a nível mundial se complementa ao momento que o país vive no cenário da Saúde Global, sendo importante articulador de decisões no âmbito do G20, inclusive para enfrentar o cenário de mudanças climáticas no planeta.

Assim como na Conferência de Alma-Ata, em 1978, quando foi reconhecido o direito e o dever da população de participar, individual e coletivamente, da planificação e da adoção das ações de saúde (15), em 2024 a participação democrática, especialmente a estabelecida no Brasil por meio da Lei nº 8.142 de 1990 (16), ganha relevância na perspectiva da saúde global, que como descrita por Nunes, deve estar ativamente envolvida na luta contra as várias fronteiras que se reproduzem diariamente (17).

As primeiras iniciativas de participação social em saúde no Brasil surgiram nas décadas de 1970 e 1980, mediante a criação de conselhos comunitários, conselhos administrativos e conselhos populares. Passado meio século de transformações

sociais e econômicas profundas, faz-se necessário observar que a comunicação em saúde e a participação social podem agregar ferramentas que fortaleçam a APS como núcleo estruturante de sistemas públicos universais de qualidade, assegurando a saúde como direito humano.

Referências bibliográficas

1. BRASIL. Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. [Internet]. 8080 Brasília; 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
2. Barreto ML, Teixeira MG, Bastos FI, Ximenes RAA, Barata RB, Rodrigues LC. Sucessos e fracassos no controle de doenças infecciosas no Brasil: o contexto social e ambiental, políticas, intervenções e necessidades de pesquisa. 2011;
3. Mota PHDS, Santana FR, Rizzotto MLF, Cury GC, Giovanella L, Facchini LA, et al. A Atenção Primária à Saúde e o cuidado aos usuários com COVID-19 nas regiões brasileiras. *Ciência Coletiva*. 2023; 28(12): 3451-60.
4. Mendes Á, Carnut L, Guerra LDD. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. *Saúde Em Debate*. setembro de 2018; 42(spe1): 224-43.
5. Fleury S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. *Ciência Saúde Coletiva*. junho de 2009; 14(3):743-52.
6. CNS. Resolução 715 do Conselho Nacional de Saúde [Internet]. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/ acesso-a-informacao/legislacao/resolucoes/2023/resolucao-no-715.pdf/view>
7. Desinformação e covid-19: desafios contemporâneos na comunicação e saúde/ organizadores: Cláudia Malinverni, Jacqueline I. Machado

Brigagão, Janine Cardoso, Edlaine Faria Moura Villela, Carlos Roberto Z. Bugueño – São Paulo: Instituto de Saúde, 2023.

8. Wardle C, Derakhshan H. INFORMATION DISORDER: Toward an interdisciplinary framework for research and policy making [Internet]. Strasbourg: Council of Europe; 2017 [citado 3 de julho de 2024]. Disponível em: <https://tverezo.info/wp-content/uploads/2017/11/PREMS-162317-GBR-2018-Report-desinformation-A4-BAT.pdf>
9. Jin SL, Kolis J, Parker J, Proctor DA, Prybylski D, Wardle C, et al. Social histories of public health misinformation and infodemics: case studies of four pandemics. *Lancet Infect Dis* [Internet]. 19 de abril de 2024 [citado 24 de abril de 2024];0(0). Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(24\)00105-1/abstract](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(24)00105-1/abstract)
10. Silva CM da C, Meneghim M de C, Pereira AC, Mialhe FL. Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. *Ciência Saúde Coletiva*. agosto de 2010; 15:2539-50.
11. Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface - Comun Saúde Educ*. fevereiro de 2005;9(16):39-52.
12. Freire P. EXTENSÃO OU COMUNICAÇÃO? Ext Ou Comun. 1983; (7ªed. Rio de Janeiro, Paz e Terra).
13. ARAÚJO IS, CARDOSO JM. Comunicação e Saúde. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz; 2010.
14. OMS. Social participation for universal health coverage, health and well-being [Internet]. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/con-selho-nacional-de-saude/pt-br/assuntos/noticias/arquivos/resolucao-oms-participacion-social-para-la-cobertura-sanitaria-universal-la-sa-lud-y-el-bienestar>
15. Paim JS. Participação social em saúde no Brasil: avanços e retrocessos do SUS 10 anos depois das Jornadas de Junho. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*, [S. l.], v. 12, n. 3, p. 45-62, 2023. DOI: 10.17566/ciads.v12i3.1129.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990.

Brasília, v.128, n.249, dez.1990. p.25694-25695.

17. Nunes, J. Reescrever saúde global. *Saúde E Sociedade*, 32(3), e230316pt. 2023.