



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM

ANA PAULA DE OLIVEIRA DIAS

**Implementação de Práticas Baseadas em Evidências frente à
desordem informacional na COVID-19**

Implementation of Evidence-based practices in the face of informational
disorder in COVID-19

CAMPINAS
2023

ANA PAULA DE OLIVEIRA DIAS

**IMPLEMENTAÇÃO DE PRÁTICAS BASEADAS EM EVIDÊNCIAS FRENTE
À DESORDEM INFORMACIONAL NA COVID-19**

Dissertação apresentada à Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de Mestra em Ciências da Saúde, na Área de Concentração: Cuidado e Inovação Tecnológica em Saúde e Enfermagem.

ORIENTADORA: Prof^a. Dr^a. Eliete Maria Silva

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA DISSERTAÇÃO DEFENDIDA PELA ALUNA ANA PAULA DE OLIVEIRA DIAS, E ORIENTADA PELA PROF^a. DR^a. ELIETE MARIA SILVA.

CAMPINAS

2023

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

D543i Dias, Ana Paula de Oliveira, 1992-
Implementação de práticas baseadas em evidências frente à desordem informacional na COVID-19 / Ana Paula de Oliveira Dias. – Campinas, SP : [s.n.], 2023.

Orientador: Eliete Maria Silva.
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Enfermagem.

1. Prática clínica baseada em evidências. 2. Comportamento de busca de informação. 3. Ciência da implementação. 4. Desinformação. 5. COVID-19. I. Silva, Eliete Maria, 1960-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Enfermagem. III. Título.

Informações Complementares

Título em outro idioma: Implementation of evidence-based practices in the of informational disorder in COVID-19

Palavras-chave em inglês:

Evidence-based practice
Information seeking behavior
Implementation science
Desinformation
COVID-19

Área de concentração: Enfermagem

Titulação: Mestra em Ciências da Saúde

Banca examinadora:

Eliete Maria Silva [Orientador]

Dalvani Marques

Fábio da Costa Carbogim

Data de defesa: 20-06-2023

Programa de Pós-Graduação: Enfermagem

Identificação e informações acadêmicas do(a) aluno(a)

- ORCID do autor: <https://orcid.org/0000-0002-2577-8113>

- Currículo Lattes do autor: <http://lattes.cnpq.br/9848388658961641>

BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO

ANA PAULA DE OLIVEIRA DIAS

ORIENTADORA: ELIETE MARIA SILVA

MEMBROS

- 1. PROFA. DRA. ELIETE MARIA SILVA**
- 2. PROFA. DRA. DALVANI MARQUES**
- 3. PROF. DR. FÁBIO DA COSTA CARBOGIM**

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas.

A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros da banca examinadora encontra-se no SIGA/Sistema de Fluxo de Dissertação/Tese e na Secretaria de Pós-graduação em Enfermagem.

Data: 20/06/2023

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos os trabalhadores da saúde, à minha mãe Ana Lúcia que sempre acreditou em mim, ao meu pai Orosimbo que me tem como orgulho, ao meu irmão que me permitiu desabafar por diversas vezes e compartilhou saberes da área da comunicação, e ao meu marido, companheiro e melhor amigo, André.

AGRADECIMENTOS

Obrigada professora Eliete por sua confiança, acolhimento, incentivo, paciência, sabedoria, aprendizados e orientação. Obrigada também por me apresentar à Isis Caroline Umbelino Walker a quem também devo a minha gratidão por sua solidariedade e contribuições para a ideação e desenvolvimento dessa temática de pesquisa e que mesmo lá da Holanda se fez presente nos momentos de dúvidas e insegurança.

À minha família e aos meus colegas da pós-graduação, Jussara, Michele, Jéssica, Carol, Isabela, Fernanda, Renata, Giovanne, Murilo, Fábio, Edson, Kátia e Ludmila, aprendi muito com vocês.

Aos membros do Grupo de Estudos e Pesquisa em Educação e Práticas de Enfermagem e Saúde (GEPEPES), por abrirem a minha mente e possibilitarem debates riquíssimos, trocas e que por diversas vezes clareou o referencial teórico-metodológico adotado nesta pesquisa, assim como as discussões deste trabalho.

Agradeço também nas pessoas do Prof. Leandro Tessler e Prof^a. Leda Gitahy, ao grupo de estudo multidisciplinar de desinformação, no qual foram compartilhados diversos materiais científicos e jornalísticos sobre desinformação sob diversos aspectos e disciplinas e que muito ajudaram.

Gratidão aos docentes da Unicamp e da Universidade de São Paulo (onde realizei a disciplina “Disseminação e implementação de evidências em pesquisas na área da saúde”) e também às bibliotecárias da FCM Patrícia e Ana Paula pelos atendimentos individuais e treinamentos.

De forma especial agradeço à Akysa, Ewerton e Juliano, alunos do curso de Enfermagem, Ciências Sociais e Medicina, pela ajuda na categorização e transcrição das entrevistas. Foi muito bom também poder trocar ideias e ensinamentos com vocês. Também, não poderia deixar de agradecer ao Wallace, aluno da graduação de Enfermagem que tive o prazer de acompanhar nas orientações do trabalho de conclusão de curso, à Amanda e Julia, alunas da graduação que tive a honra de co-orientar nos projetos de iniciação científica.

Às minhas queridas do PIBIC-EM, alunas do ensino médio que se propuseram a fazer pesquisa e que me motivou por diversas vezes. Muito obrigada Joyce, Beatriz, Letury, Yasmin e Pietra. E também à Michele, por ter sido parceira nessa empreitada, à prof Eliete e aos monitores Guilherme, Émerlyn e Igor. Foi muito prazeroso ter com vocês um pouco do gostinho da docência.

Ao Saulo, por suas aulas de inglês e por me nortear e ajudar em diversos momentos durante a caminhada e também ao Marcelo Perilo, pela preciosa ajuda em conhecer e manipular as ferramentas do software NVivo.

Agradeço ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico pelo auxílio financeiro (nº do processo 130571/2021-0) que contribuiu para a viabilização deste trabalho e à professora Roberta Cunha Matheus Rodrigues pela oportunidade e confiança concedida.

E, finalmente, ao centro coordenador dessa pesquisa, o Hospital de Clínicas da Unicamp, e a todos os profissionais que compartilharam um pouco do seu escasso e precioso tempo, ainda mais diante das circunstâncias pandêmica e laboral naquele momento vividos. Sem vocês, este estudo não seria exequível e nem teria sentido. Muito obrigada!

E termino esses agradecimentos com um poema que eu gosto muito, do "fazedor de poesias" Bráulio Bessa.

Sonhar

*Sonhar é verbo, é seguir,
é pensar, é inspirar,
é fazer força, insistir,
é lutar, é transpirar.
São mil verbos que vêm antes
do verbo realizar.*

*Sonhar é ser sempre meio,
é ser meio indeciso,
meio chato, meio bobo,
é ser meio improvisado,
meio certo, meio errado,
é ter só meio juízo.*

*Sonhar é ser meio doido
é ser meio trapaceiro,
trapaceando o real
pra ser meio verdadeiro.
Na vida, bom é ser meio,
não tem graça ser inteiro.*

*O inteiro é o completo,
não carece acrescentar,
é sem graça, é insosso,
é não ter por que lutar.
Quem é meio é quase inteiro
e o quase nos faz sonhar.*

*O quase é estar tão perto,
é quase encostar a mão,
todo quase é quase lá,
todo lá é direção,
é a vida quase dizendo
e você quase entendendo,
basta ver com o coração.*

*É amigo e inimigo...
quase agi, quase tentei,
quase achei que era possível,
quase ouvi, quase falei
e, claro, o principal quase
que é o quase acreditei.*

*Acredite que sonhar
também é compreender
que nem sempre o que se sonha
é o melhor pra você
e que não realizar
nem sempre será sofrer.*

*Sonhe sempre e seja grato
pelo sonho que já tem,
repare cada detalhe
das coisas que fazem bem,
o pouco que hoje é seu
é o muito pra alguém.*

*Ter um chão para pisar,
um sol pra lhe dar calor;
ter o ar pra respirar,
ter saúde, ter amor,
ter tudo isso já faz
de você realizador.*

*Seja sempre inquieto
e vez por outra paciente.
Parece contraditório,
soa meio diferente,
às vezes pisar no freio
também é andar pra frente.*

*A vida não é tão simples,
viver não é só sorrir,
a lagarta que rasteja
rasteja pra evoluir,
se transforma em borboleta,
depois voa por aí...*

Bráulio Bessa, Poesia que transforma¹

¹ Bessa, Bráulio. Poesia que transforma. Rio de Janeiro, Sextante, 2018, pp. 30-32.

RESUMO

Apesar de seus notórios benefícios, as Práticas Baseadas em Evidências (PBE) são incipientes no Brasil e atravessam diversos desafios em sua implementação de ordem individual e institucional. A translação do conhecimento tem sido estudada mundialmente, surgindo nos últimos anos diversas teorias e modelos. Dentre os desafios da implementação das PBE, destaca-se neste trabalho as desinformações na pandemia da COVID-19 no Brasil. Com a jornada tripla de se protegerem, prestarem assistência e cuidado aos pacientes internados e lidarem com o combate à desinfodemia, os profissionais de saúde têm encontrado adversidades em suas práticas profissionais, estando vulneráveis ao vírus e às desinformações. Por isso pretendeu-se com esta pesquisa compreender a desordem informacional no enfrentamento da COVID-19 na perspectiva dos profissionais de saúde e os desafios na implementação das PBE. Com referencial teórico do modelo comunicativo em situações de emergência em saúde proposto por Gesser-Edelsburg e colaboradores e a ciência da implementação. A pesquisa, de natureza qualitativa, foi estruturada em três fases: (I) conceitualização, (II) coleta de dados e análises preliminares e (III) análises finais, sendo realizadas entrevistas semiestruturadas, remotamente, utilizando-se do referencial metodológico da Maria Cecília de Souza Minayo. As percepções dos profissionais da saúde mostraram necessidade de melhoria na comunicação interna e o quanto as desordens informacionais impactam nas práticas de saúde, interferindo em suas relações pessoais e profissionais, sobretudo no que se diz respeito à conduta terapêutica e à vacinação. Os principais desafios encontrados foram: sobrecarga do profissional que sabe, caráter efêmero das informações, resistência dos profissionais e da instituição, falta de tempo, falta e/ou inexperiência dos trabalhadores e mudanças administrativas, organizacionais e físicas. Alternativas como construção de uma política para comunicação interna na instituição, promover práticas comunicativas, desenvolver cultura e clima institucional favorável à implementação de PBE, envolver a universidade nos processos educativos, podem auxiliar a superar esses desafios.

PALAVRAS-CHAVE: Prática Clínica Baseada em Evidências; Comportamento de Busca de Informação; Ciência da Implementação; Desinformação; COVID-19.

LINHA DE PESQUISA: Gestão de serviços, informação/comunicação e trabalho em saúde.

ABSTRACT

Despite its notorious benefits, Evidence-Based Practices (EBP) are incipient in Brazil and face several challenges in their implementation, both individually and institutionally. The translation of knowledge has been studied worldwide, with several theories and models emerging in recent years. Among the challenges of implementing the EBP, this work highlights the misinformation in the COVID-19 pandemic in Brazil. With the triple journey of protecting themselves, providing assistance and care to hospitalized patients and dealing with the fight against the disinfodemic, health professionals have encountered adversities in their professional practices, being vulnerable to the virus and misinformation. Therefore, the aim of this research was to understand the informational disorder in coping with COVID-19 from the perspective of health professionals and the challenges in implementing the EBP. With theoretical reference of the communicative model in emergency situations in health proposed by Gesser-Edelsburg and collaborators and the science of implementation. The research, of a qualitative nature, was structured in three phases: (I) conceptualization, (II) data collection and preliminary analysis and (III) final analyses, with semi-structured interviews being carried out remotely, using Maria Cecília's methodological framework. by Souza Minayo. The perceptions of health professionals showed the need for improvement in internal communication and how much informational disorders impact health practices, interfering with their personal and professional relationships, especially with regard to therapeutic conduct and vaccination. The main challenges found were: overload of the professional who knows, ephemeral nature of information, resistance from professionals and the institution, lack of time, lack and/or inexperience of the workers and administrative, organizational and physical changes. Alternatives such as building a policy for internal communication in the institution, promoting communicative practices, developing a culture and institutional climate favorable to the implementation of EBP, involving the university in educational processes, can help to overcome these challenges.

KEYWORDS: Evidence-Based Practice; Information Seeking Behavior; Implementation Science; Disinformation; COVID-19.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ANVISA** – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos da Saúde
CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DeCS – Descritor em Ciências da Saúde
Educorp – Escola de Educação Corporativa
HC – Hospital de Clínicas
JBI – *Joanna Briggs Institute*
MBE – Medicina Baseada em Evidências
MS – Ministério da Saúde
OMS – Organização Mundial da Saúde
PBE – Prática Baseada em Evidências
PNEPS – Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
RH – Recursos Humanos
SARS-CoV – Síndrome Respiratória Aguda Grave
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TICs – Tecnologias da Informação e Comunicação
Unesco – Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e Cultura
Unicamp – Universidade Estadual de Campinas
UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	12
2. CAMPO TEÓRICO DA PESQUISA.....	14
2.1 Saúde e comunicação.....	15
2.2 COVID-19.....	19
2.3 Desordem informacional.....	23
2.4 Práticas Baseadas em Evidências.....	26
3. OBJETIVOS.....	31
3.1 Objetivo geral.....	31
3.1 Objetivos específicos.....	31
4. METODOLOGIA.....	32
4.1 Desenho do estudo.....	32
4.2 Cenário.....	33
4.3 Sujeitos.....	37
4.4 Técnica de coleta e teste piloto.....	39
4.5 Análises.....	40
4.5.1 Referenciais teóricos.....	42
4.6 Plano de gestão de dados e questões éticas.....	46
5. RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS.....	47
5.1 Manuscrito 1.....	47
5.2 Manuscrito 2.....	65
6. RESULTADOS ADICIONAIS E DISCUSSÃO GERAL.....	92
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	100
REFERÊNCIAS.....	102
Apêndice A – Roteiro de Entrevista.....	114
Apêndice B – E-mail convite.....	117
Apêndice C – Visualização do Google formulário por um celular.....	118
Apêndice D – Nuvens de palavras geradas no NVivo.....	128
Apêndice E – Plano de Gestão de Dados.....	133
Apêndice F – Termo de Consentimento Livre Esclarecido.....	136
ANEXO 1- Parecer do comitê de ética.....	139

1. INTRODUÇÃO

“A aplicação da ciência ao trabalho em saúde trouxe mais vantagens que desvantagens; a melhor forma de ao mesmo tempo aproveitar melhor essas vantagens e contribuir para a superação daquelas desvantagens é através do aprofundamento das relações entre o trabalho em saúde e a investigação científica.”

Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves (2017, p.269)

Com o olhar voltado para essas relações entre o trabalho em saúde e a investigação científica⁽¹⁾, o objetivo dessa pesquisa é compreender a desordem informacional no enfrentamento da COVID-19 na perspectiva dos profissionais de saúde e os desafios na implementação das Práticas Baseadas em Evidências (PBE) no contexto da pandemia da COVID-19. Ela foi motivada pela experiência como enfermeira em um hospital de campanha no início da pandemia no Brasil e continua a pesquisa inicialmente idealizada pela Isis Caroline Umbelino Walker em seu mestrado, “Desinformações, profissionais de saúde e a luta contra a COVID-19 no Brasil: um estudo transdisciplinar”.

Implementar PBE consiste em colocar em ação na prestação de serviços de saúde e cuidado, as melhores evidências científicas disponíveis de acordo com o contexto, a expertise do profissional de saúde e a necessidade e o desejo do paciente/usuário^(2,3), tomando-se uma decisão compartilhada e informada⁽⁴⁾.

Apesar dos inegáveis benefícios, as PBE enfrentam barreiras institucionais e pessoais^(5,6) para a sua implementação, como: a formação dos profissionais de saúde; o papel da ciência na sociedade; as políticas de saúde; a gestão do conhecimento frente ao grande volume e rapidez da produção científica; a cultura organizacional dos serviços de saúde; a carga de trabalho; a falta de recursos e a inserção de Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs), que potencializam a difusão das informações, sejam elas verídicas ou não⁽⁷⁾.

As lacunas entre as pesquisas, as práticas e as políticas de saúde têm sido alvo de diversos estudos⁽⁸⁻¹³⁾ e somam à conjuntura social do papel da ciência, gerenciamento do conhecimento, das características políticas, culturais, educacionais, econômicas, tecnológicas e históricas de cada comunidade, da organização dos sistemas de saúde, da formação dos profissionais, dentre outros aspectos⁽¹⁴⁻¹⁷⁾.

Encontra-se na literatura a premissa de que as descobertas e inovações clínicas levam de 17 a 20 anos para serem estabelecidas na rotina nos diferentes serviços de saúde e que

apenas a metade dessas práticas são usualmente adotadas nos serviços⁽¹⁸⁻²²⁾. Por isso, têm crescido os estudos para identificar quais seriam as melhores formas para promover a PBE não só a nível assistencial, como administrativo e na formulação de políticas públicas, oferecendo ainda uma perspectiva multidisciplinar e abordagem sistemática de iniciativas para melhorar a implementação das evidências⁽²³⁾.

Em 2006 foi inaugurado um jornal de acesso aberto específico para divulgar estudos desenvolvidos por profissionais de diversas regiões do mundo, como por exemplo, os protocolos de estudo, debates, artigos teóricos e conceptuais, avaliações rigorosas do processo de mudança, artigos sobre metodologia e ferramentas utilizadas, além é claro dos eventos científicos que contemplem a temática assim como oportunidades de financiamento de pesquisa. O periódico se chama “*Implementation Science*” e possui atualmente mais de 1.000 artigos publicados, configurando-se em um importante canal de comunicação e diálogo entre pesquisadores e usuários da PBE⁽²⁴⁾.

Além disso, a ciência da implementação aborda estudos sobre as influências no comportamento profissional e organizacional da saúde, buscando compreender como podemos mudar as práticas em saúde, antecedido pela identificação das barreiras contextuais e os facilitadores, devendo estes serem superados e alavancados, respectivamente. Destaca-se nesse aspecto a importância de realização de pesquisas qualitativas que auxiliem responder perguntas complexas tais como os “comos” e os “porquês” da implementação⁽²⁵⁾.

Dentre os usuários do conhecimento científico há os “profissionais de saúde, formuladores de políticas, educadores, gestores e administradores, líderes comunitários, ou pacientes”⁽¹¹⁾ (p.114). Podendo ser utilizado de diversas formas, o conhecimento científico tem sido amplamente difundido democratizando a informação devido à incorporação e surgimentos das TICs e da internet, processo que tem sido chamado de “Quarta Revolução Industrial”⁽²⁶⁾.

No entanto, os canais digitais têm acelerado a disseminação de informações incorretas e boatos, o que pode afetar negativamente a sociedade causando graves problemas⁽²⁷⁾. Tal fato é ratificado por Zarocostas⁽²⁸⁾ (2020) em “*How to fight an infodemic?*”, quando aponta que a epidemia global de desinformação representa um sério problema de saúde pública, o que tem sido amplificado pelas mídias sociais, mas que também encontra espaço nas mídias tradicionais.

Com a impulsão das mídias sociais, da internet e da cultura política polarizada⁽²⁹⁾, a sociedade moderna tem apresentado mudanças significativas na forma como a informação é produzida, comunicada e distribuída. O que traz responsabilização da sociedade civil no

repassa das informações nos meios digitais⁽³⁰⁾, assim como evidencia a crise de credibilidade do jornalismo e das mídias tradicionais⁽³¹⁾.

Essa crise compõe parte do problema das “*fake news*”, expressão que se refere, principalmente, aos relatos inventados, alterados e difundidos com propósitos políticos, disfarçados de notícia jornalística, sendo disseminados nas mídias digitais em larga escala⁽³²⁾. Nessa comunicação, a política e o jornalismo disputam atenção e podem “afetar a democracia, os processos políticos e até as políticas públicas”⁽³³⁾ (p.3320).

Com novas informações surgindo a todo momento, o desafio de disponibilizar informação segura, atualizada e baseada em evidências associado ao excesso de informações, rapidez e capacidade de alcance proporcionado pelas mídias sociais, influenciam na prática e atualização dos profissionais de saúde^(28,34).

Diante disso, é imprescindível a realização de estudos sobre a desordem informacional no contexto da saúde, o que tem sido uma tendência crescente nas produções científicas, como aponta o estudo de Wang et al.⁽³⁵⁾ (2019) que realizou uma revisão da literatura sobre a temática e o papel das mídias sociais na propagação de desinformação, sendo a vacinação e as doenças transmissíveis os assuntos mais abordados nos estudos encontrados.

Diante da hiperinformação, em quem podemos confiar? Nas mídias tradicionais? Nas mídias alternativas? Nas ciências? Nos dizeres dos especialistas? Nos livros ou nos artigos científicos? Cada uma dessas perguntas incita diversas teorias, modelos, estudos e reflexões, não cabendo neste trabalho o aprofundamento de nenhuma delas, mas sim a investigação de quais fontes os profissionais de saúde de um determinado hospital escola utilizam. Como eles lidam com essa desordem informacional na COVID-19? Como filtram as informações? O quanto isso impacta em suas práticas profissionais?

Para isso é importante aproximar o debate aos campos de conhecimentos e práticas sociais da comunicação e da saúde. Atualmente, a comunicação em saúde tem exercido as finalidades de prevenção, promoção da qualidade de vida e incentivo à cidadania⁽³⁶⁾, informando e influenciando as decisões dos indivíduos e das comunidades e sendo um fator na avaliação dos serviços e cuidados em saúde⁽³⁷⁾. Por isso, optou-se por discorrer abaixo, alguns temas importantes para esse trabalho como o sistema de saúde brasileiro, a doença COVID-19, a desinformação e a PBE.

2. CAMPO TEÓRICO DA PESQUISA

O tema desta pesquisa perpassa por diferentes áreas do conhecimento e ciências, sendo

sintetizado os principais pontos e reflexões neste tópico. Em primeiro lugar, é importante contextualizar o sistema público de saúde no Brasil, que na segunda metade da década de 2010 passou a sofrer com desmonte, desfinanciamento e descaso por parte do poder público e o espaço que a comunicação ocupa nessa área. Em segundo lugar, destaca-se a repercussão da pandemia da COVID-19, o que muito mais do que um crise sanitária revelou problemas sociais, econômicos e políticos vigentes e que tem sido chamado por alguns estudiosos de sindemia⁽³⁸⁾, sendo diretamente influenciada pelas tecnologias da informação e comunicação advindas da revolução digital. Em terceiro lugar, abordaremos a questão da desordem informacional e por fim, a PBE.

Cabe ressaltar que não pretende-se esgotar o assunto, mas sim, clarificar os contextos históricos, culturais, sociais e políticos envolvidos na pesquisa com foco na realidade brasileira.

2.1 Saúde e comunicação

A saúde é um direito de todos e dever do Estado, para organizar a oferta de serviços e ações é constituído um sistema, que segundo Paim⁽³⁹⁾ (2009) pode ser definido como sendo “o conjunto de agências e agentes cuja atuação tem como objetivo principal garantir a saúde das pessoas e da população”⁽³⁹⁾(p. 13). Assim, a organização do sistema de saúde se relaciona com os valores, as crenças e os determinantes sociais da sociedade em que esse sistema está inserido. Considerado como o maior sistema de saúde público do mundo, o Sistema Único de Saúde (SUS) nem sempre existiu no Brasil, na realidade, apenas nas últimas três décadas ele tem sido organizado e constantemente reformado e construído⁽⁴⁰⁾. Para que se possa entendê-lo, se faz necessário abordar brevemente a história da saúde brasileira.

No Brasil Colônia (1530-1822), os pobres dependiam de caridade para ter qualquer tipo de assistência à saúde, enquanto que os militares geralmente eram acolhidos pelas famílias ricas. Com a mudança da família real para o Brasil, no começo do século XIX, os serviços de saúde sofreram algumas alterações e, no meio deste século, por conta dos casos de febre amarela no Rio de Janeiro, a Junta de Higiene Pública foi criada. No Império (1822-1889) houve uma reforma dos serviços sanitários, mas no final deste período quem possuía recursos era atendido por médicos particulares, enquanto que os indigentes apenas contavam com o auxílio da caridade, filantropia e casas de misericórdia⁽³⁹⁾.

Na República Velha (1889-1930) a saúde pública foi marcada pela criação dos códigos sanitários, campanhas sanitárias e reforma dos órgãos federais, mas as ações eram respostas a

doenças específicas e geralmente episódicas. A partir da década de 1950 algumas fábricas passaram a oferecer serviços médicos aos trabalhadores, descontando com essa finalidade 2% dos salários. Por outro lado, o início da previdência social por meio de caixas de aposentadorias e pensões possibilitava o acesso à assistência médica aos seus beneficiários⁽³⁹⁾.

No governo de Juscelino Kubitschek houve a expansão da assistência médico-hospitalar e, ao mesmo tempo, ocorreu o enfraquecimento da saúde pública. Na segunda metade da década de 1960, a medicina de grupo, entidade médica prestadora de serviços a grandes empresas, ganhou força⁽³⁹⁾.

Na última metade da década de 1970 ocorreu o movimento sanitário, composto por entidades comunitárias, profissionais e sindicais, sociedades científicas e instituições acadêmicas, que defendeu a reestruturação do sistema de serviços e democratização da saúde. Em 1979, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde expôs, no I Simpósio Nacional de Saúde da Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, o documento “A questão democrática na área da saúde”, em que aparece formulada pela primeira vez a proposta do SUS. Em 1986, o relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde contribuiu para o surgimento do capítulo “Saúde” da Constituição, que, posteriormente, deu origem às leis orgânicas da saúde (leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90), que, por sua vez, permitiram a implementação do SUS⁽³⁹⁾.

É preciso ressaltar que, concomitantemente à implementação do SUS no final do século XX e início do século XXI, houve aumento do pensamento neoliberal no Brasil, que defende, dentre outras coisas, a diminuição da atuação do Estado, a redução das despesas públicas e a privatização das empresas estatais⁽⁴¹⁾.

Neste sentido, logo após a Constituição de 1988 afirmar que a saúde é um direito de todos, levando à incorporação de um terço da população que antes era desassistida, os gastos com a saúde pelo governo federal foram reduzidos à metade. Neste cenário, houve o crescimento da saúde suplementar, que é um segmento de mercado composto pela medicina de grupo, planos de autogestão, cooperativas médicas e seguros de saúde. Desta forma, há a existência de outros sistemas de saúde no Brasil, cujo foco é o mercado e que exercem papel competitivo com o SUS, levando à diminuição da qualidade dos serviços prestados pelo sistema público de saúde e aumentando a complexidade da relação público-privado⁽³⁹⁾.

Assim, reconhece-se que muitos foram os avanços alcançados por meio das lutas que culminaram no SUS, principalmente no que concerne às políticas de descentralização e democratização da saúde. No entanto, é preciso também reconhecer os desafios, como as medidas de austeridade fiscal que resultam no contingenciamento de recursos e cortes orçamentários, o desfinanciamento e a constante pressão para a privatização dos serviços de

saúde, que dificultam que o Estado garanta o direito efetivo à saúde da população brasileira⁽³⁹⁾.

Outro grande desafio do SUS são os chamados recursos humanos, os trabalhadores, que atuam nos serviços e que carecem de educação continuada e permanente além de cuidados laborais, sobretudo de saúde mental. E isso começa desde a formação em que os futuros profissionais da saúde carecem de um processo de formação que seja alinhado à realidade de sua prática e que, ao mesmo tempo, permita e estimule a participarem de forma ativa nesse processo. Para isso, o processo de aprendizado deve ser incorporado ao cotidiano das organizações de saúde e deve abarcar conhecimentos nas áreas técnico-científica, ética e sociocultural⁽⁴²⁾.

Assim, os estudantes inseridos nos cenários de prática serão capazes de contribuir, por exemplo, para a prática profissional baseada em evidências científicas, trazendo novas tecnologias e saberes discutidos no ambiente acadêmico para o ambiente de trabalho⁽¹⁷⁾. Neste cenário, o aluno não deve ser visto como um ajudante ou como alguém sujeito à aquisição de conhecimentos técnicos, mas deve ser entendido a partir de uma perspectiva de cidadania, com caráter transformador, sendo que as necessidades dos usuários, famílias e comunidades precisam ser adotadas como foco e objetivo dos processos de trabalhos⁽⁴³⁾.

Neste sentido, a educação permanente surge como uma estratégia de formação e desenvolvimento dos trabalhadores e profissionais da saúde que visa contribuir para a organização dos serviços de saúde e transformação das práticas em consonância aos princípios do SUS. Instituída em 2004, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS)⁽⁴⁴⁾ foi uma estratégia criada para aprendizagem significativa no trabalho de forma que possibilite “a construção de conhecimentos a partir dos saberes prévios dos sujeitos articulados aos problemas vivenciados no trabalho”⁽⁴⁵⁾(II, Art.2º, Portaria n.278/2014).

Além disso, trata-se de uma estratégia capaz de transformar as práticas técnicas e sociais, focando nas ações institucionalizadas que buscam o fortalecimento do trabalho em equipe, mudanças institucionais e papel ativo na apropriação dos saberes técnico-científicos⁽⁴²⁾. A PNEPS, também, aponta para a necessidade das diretrizes e estratégias levarem em consideração “as especificidades regionais, a superação das desigualdades regionais, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde”⁽⁴⁶⁾.

Assim, é preciso salientar que tanto a prática colaborativa interprofissional quanto o trabalho em equipe contribuem para aumentar a qualidade do serviço oferecido, acesso à

saúde, assim como na satisfação desses profissionais. Porém, as relações nos serviços de saúde são muitas vezes marcadas pela presença de conflitos que podem interferir nos processos de trabalho e nas relações interpessoais, seja de forma positiva ou negativa a depender da intensidade, duração, contexto, da forma como ele é enfrentado e gerenciado, dentre outros fatores⁽⁴⁷⁾.

Contudo, o conflito deve ser abordado com atitude reflexiva argumentativa, com o objetivo de se alcançar o consenso e a vontade comum⁽⁴³⁾. Esse tipo de ação coletiva é associada a melhorias da qualidade do serviço e colaboram para a transição de sistemas de atenção mais fragmentados para sistemas mais resolutivos e integrados, além de colaborar na satisfação dos envolvidos e na consolidação de um ambiente de trabalho mais harmonioso⁽⁴⁷⁾.

Dessa forma, os conflitos devem ser resolvidos para que sejam valorizadas a percepção humanizada do indivíduo, a força dos coletivos profissionais e as necessidades apresentadas pelos pacientes, familiares e comunidade⁽⁴⁸⁾. Para tal, é necessário que ocorra a articulação do agir instrumental, visto como a aplicação por cada profissional dos conhecimentos técnicos-científicos, com o agir comunicativo, que se reflete na procura do entendimento entre os profissionais da equipe de saúde e, também, entre esses e os usuários e familiares. Esse entendimento deve se estender desde a construção de objetivos para o cuidado até ao processo de tomada de decisão⁽⁴³⁾.

Compreende-se, portanto, que a comunicação é um componente essencial para que os profissionais de diferentes áreas consigam se alinhar quanto ao plano de ação, possibilitando que sejam fornecidos de forma adequada o cuidado e a atenção à saúde⁽⁴³⁾. Logo, a comunicação é uma competência imprescindível para os profissionais e trabalhadores da saúde, não somente para promover a saúde, como também para gerenciar conflitos e estabelecer-se um trabalho multidisciplinar sob os princípios do SUS, de integralidade, universalidade e equidade, o que demanda adaptação da mensagem de acordo com as características culturais e educacionais do receptor.

No Brasil, a história da comunicação em saúde está intimamente ligada à criação do SUS, com a construção de novos saberes e práticas de acordo com os modelos de atenção e políticas de saúde⁽⁴⁹⁾. A comunicação acontece na esfera pública, o que para Habermas é “uma rede adequada para a comunicação de conteúdos, tomadas de posição e opiniões”⁽⁵⁰⁾(p. 435-436), sendo necessário assegurar um espaço permissivo ao discurso, sendo formadas as opiniões públicas, discutidos os meios de comunicação de massa, as estruturas sociais, a política, a burocracia e o espaço público de maneira democrática⁽⁵¹⁾.

Embora muitas vezes visto como o emissor da informação em saúde, nesse trabalho os

profissionais de saúde serão considerados consumidores dessas informações em um contexto particular, crítico, estressante, instável e mortal, que foi a pandemia da COVID-19.

2.2 COVID-19

Definida em 11 de março de 2020, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a pandemia da COVID-19, configurou-se no maior desafio sanitário global desde a gripe chamada espanhola entre 1917 e 1918⁽⁵²⁾. Até o dia 10 de março de 2023, a COVID-19 foi a causa de 6.881.955 óbitos e acometeu 676.609.955 pessoas ao redor do mundo⁽⁵³⁾. O fim da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional pela COVID-19 foi comunicado pela OMS no dia 05 de maio de 2023⁽⁵⁴⁾.

Utilizado na epidemiologia e saúde pública, o número de excesso de mortes considera o número de mortes durante uma pandemia e compara com as mortes que esperavam-se em condições 'normais', ou seja, sem a epidemia. Dessa forma, é uma medida mais abrangente do impacto total da pandemia, já que considera as mortes confirmadas, as mortes que não foram diagnosticadas e relatadas corretamente, assim como as mortes por outras causas atribuíveis às condições gerais da crise instaurada⁽⁵⁵⁾.

Considerando esse número, os países com maior excesso de mortalidade na COVID-19 foram os Estados Unidos (640.000 em 6 de junho de 2021), Brasil (500.000 em 31 de maio de 2021), Rússia (500.000 até 30 de abril de 2021) e México (470.000 até 23 de maio de 2021)⁽⁵⁶⁾.

Observa-se que no decorrer dos anos convivendo com a doença, mesmo os casos nos anos de 2021 e 2022 sendo altos, a mortalidade diminuiu o que se deve, principalmente, à vacinação. Até o dia 22 de abril de 2023, 69,9% da população mundial havia recebido pelo menos uma dose da vacina contra a COVID-19, com 13,37 bilhões de doses administradas globalmente. Já no Brasil, até 21 de abril de 2023, 82% da população está com o protocolo vacinal inicial completo, sendo administrada mais 1800 milhões de doses, estando na 19ª posição no ranking mundial de parcela da população com esquema vacinal inicial completo⁽⁵⁵⁾.

Apesar do aparente atual controle da pandemia, é importante salientar que dado o contexto social, cultural, político e econômico do Brasil, que resultou em medidas ineficazes de enfrentamento da COVID-19 revelou-se uma sindemia, atuando de forma negativa e recíproca⁽³⁸⁾. O caráter endêmico da pandemia da COVID-19 se dá pela interação entre o panorama social, doenças preexistentes e a própria doença, buscando-se, assim, entender a COVID-19 para além do vírus ou de seus aspectos biológicos.

Mas isso não aconteceu por causa do morfismo do vírus pelo povo brasileiro, mas sim, devido às respostas dadas para o enfrentamento da doença no país. Em um cenário já antecedido de tensão política e deterioração econômica, o combate entre a comunidade científica e as autoridades políticas foram potencializados pela desconfiança e incerteza⁽⁵⁷⁾.

Contrariando o que se esperava no enfrentamento a essa doença, as ações e falas do núcleo do governo federal, as sucessivas trocas de ministros da saúde, o negacionismo científico, a subestimação da doença, a contrariedade em implementar medidas não farmacológicas como o distanciamento físico, uso de máscara e lavagem das mãos, assim como a defesa e produção de medicamento ineficaz para a COVID-19, levaram o debate da saúde para o campo estritamente político, polarização esta que extrapola o debate público, e tem consequências nas ações do poder público e na sociedade brasileira⁽⁵⁷⁾.

Conforme aponta Henriques e Vasconcelos⁽⁵⁷⁾ (2020), do ponto de vista técnico e organizacional, o Brasil possuía (e ainda possui, mesmo com as iniciativas de austeridade fiscal e desmonte do SUS) uma estrutura preparada e testada para respostas às emergências de saúde pública tendo como alicerce o SUS que possui:

“(...) ampla e capilarizada rede de atenção primária, serviços especializados, hospitalares e de urgência, laboratórios de saúde pública equipados, o Programa Nacional de Imunizações, sistemas de vigilância em saúde, ambiental e sanitária organizados e um modelo de gestão descentralizado com mecanismos formais de participação da sociedade”⁽⁵⁷⁾.

Logo, evidencia-se um despreparo dos países, sobretudo do Brasil, em lidar com essa pandemia, apesar das experiências de epidemias anteriores, como a Febre Amarela, Tuberculose, Malária, Variola, Influenza A (H1N1), Ebola, Dengue, Zika e a Síndrome Congênita, Síndrome da Imunodeficiência Humana (AIDS/HIV), dentre outras, destacando-se as ações no âmbito da Atenção Primária em Saúde⁽⁵⁸⁾.

A Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS-CoV) 2, nomeada de COVID-19, é uma doença transmissível que apresenta uma variação clínica infecciosa de aspecto amplo, podendo apresentar desde quadros assintomáticos a casos mais sérios, com necessidade de internação hospitalar para oxigenoterapia (cerca de 20% dos casos), mediante sintomas como dificuldade de respirar ou falta de ar, dor ou pressão no peito, perda de fala ou movimento⁽⁵⁹⁾. Outros sintomas que podem ser observados na COVID-19 são dores de cabeça, dor de garganta e dor muscular, diarreia, vômitos e dispnéia, calafrios, anosmia e disgeusia, fadiga e febre⁽⁶⁰⁾.

Fatores como desregulação do sistema renina-angiotensina-aldosterona, dano às células endoteliais, desregulação da resposta imune e toxicidade viral direta são importantes

no processo de patofisiologia dos danos secundários à infecção pelo vírus. Para se conectar e entrar no epitélio alveolar o SARS-CoV-2 depende da presença da enzima conversora de angiotensina 2, uma proteína humana que, além de ser expressa nos alvéolos dos pulmões, também se encontra em outros órgãos e tecidos, tais como intestino delgado, coração, rins, tecido adiposo e, presente em menor intensidade, no cérebro, nos músculos, nos vasos sanguíneos e no baço. Isso auxilia no entendimento do variado espectro de manifestações associadas à COVID-19. Além disso, alguns pacientes têm apresentado uma síndrome pós-COVID, que inclui sintomas e alterações persistindo por mais de 12 semanas⁽⁶¹⁾, sendo necessários reabilitação e acompanhamento.

Ao todo, sete coronavírus humanos já foram identificados, sendo que dois deles causaram outras epidemias, como foi o caso da SARS-CoV em 2003, e a Síndrome Respiratória do Oriente Médio entre os anos de 2012 a 2015. A nova cepa do vírus nomeado de SARS-Cov-2 foi detectada após a notificação de um surto em Wuhan, China, em dezembro de 2019.

Há novas variantes do vírus que geram preocupação mundial, pela possível relação com aumentos repentinos de casos, severidade da doença e os efeitos prejudiciais sobre a eficácia das vacinas disponíveis e em desenvolvimento. Essas variantes foram nomeadas por letras do alfabeto grego, as principais variantes são: a Alfa, detectada no Reino Unido e identificada em mais de 170 países, a Beta, detectada na África do Sul e presente em 115 países, a variante Gama, detectada no Japão em pessoas que haviam voltado do Brasil, identificada em 72 países e a variante dominante na Índia e a variante Delta que foi identificada em 159 países^(60,62).

À medida que a pandemia foi evoluindo, houve aumento expressivo da demanda por assistência à saúde o que fez com que diversos serviços de saúde colapsassem, com superlotação, déficit de leitos de unidades intensivas, de profissionais de saúde e até mesmo de insumos necessários para a proteção e assistência⁽⁵²⁾. Além disso, foi necessário revisar as rotinas, os fluxos e os protocolos dos serviços de saúde, ampliar leitos e contratar novos profissionais⁽⁶⁴⁾, impactando a qualidade da prestação de serviços e cuidados em saúde, dada a urgência da adoção de tais medidas, sem tempo hábil para a capacitação profissional.

Logo, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), o Ministério da Saúde (MS), a Associação Brasileira de Saúde Coletiva, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde, as instituições de ensino e pesquisa, e associações dos profissionais de saúde passaram a produzir diversos materiais e até cursos para orientar sobre práticas seguras e medidas de prevenção da doença em diferentes ambientes, tanto para o público geral, quanto para os

gestores e profissionais da saúde⁽⁶⁵⁾.

Como se não bastasse o impacto decorrente da instauração de uma epidemia mundial, ainda tivemos o aumento de um movimento que tem suas origens nos debates e tentativas de negar o holocausto, o negacionismo. Produzindo confusão intencional e silenciamento, o negacionismo da pandemia, assim como os negacionismos científico, com movimento antivacina e o terraplanismo, climático, histórico e do racismo, passaram a desqualificar e agredir os cientistas e o discurso científico, sem necessariamente argumentar de fato sobre a dúvida gerada, se apoiando, muitas vezes, nos valores mais conservadores da sociedade⁽⁶⁶⁾.

O negacionismo tem crescido nos últimos anos e angariado cada vez mais adeptos e durante a pandemia da COVID-19 foram surgindo diversas narrativas e pela primeira vez na história, o negacionismo ganhou força inclusive no âmbito das políticas públicas. Começando com a negação da própria pandemia, seguida da negação da sua gravidade, afirmando ser apenas uma “gripezinha”, não havendo assim, motivos para se preocupar. Posteriormente, foram surgindo teorias conspiratórias acerca da origem do vírus e defesa de tratamentos ineficazes, assim como da imunidade de rebanho e resistência vacinal. Tais narrativas abriram espaço para a necropolítica, dada a intensificação da política de morte voltada para grupos mais vulnerabilizados, como negros, pobres, idosos, povos indígenas e mulheres⁽⁶⁶⁾.

A negação de evidências plantou dúvidas na população que passou a contrariar as orientações da OMS para o combate à transmissibilidade e conseqüente aumento do vírus, tal qual, isolamento social, uso de máscara e vacinação. Mas esse problema não é recente e tais narrativas podem servir a interesses econômicos e políticos, como foi já visto com a disputa de narrativas quanto aos malefícios do tabagismo, assim como o negacionismo do aquecimento global, conforme aponta os historiadores da ciência Naomi Oreskes e Erik Conway no livro *Merchants of doubt* (Mercadores da dúvida)⁽⁶⁷⁾.

Nele os autores expõem como a opinião pública pode ser manipulada a partir de falsas controvérsias, o que popularmente seria “colocar uma pulga atrás da orelha”, plantando a sementinha da dúvida. De acordo com a professora Dominichi Miranda de Sá, do Departamento de Pesquisa em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz: “O negacionismo destrói a confiança das pessoas nas instituições democráticas e atinge diretamente o debate racional, a argumentação e a escuta, portanto representa uma ameaça à democracia.”⁽⁶⁸⁾.

A COVID-19 desencadeou uma demanda extremamente alta por informações sobre a origem e transmissão do vírus, assim como, tratamento e medidas de mitigação da doença, o que facilitou a expansão de informações como nunca visto antes, incluindo a

desinformação⁽²⁷⁾, sobretudo nas mídias sociais, o que a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e Cultura (Unesco) classificou como “desinfodemia”.

Definida como uma avalanche de desinformação sobre a pandemia do novo coronavírus, a desinfodemia segundo a Unesco, coloca vidas em risco, sendo mais tóxica e letal do que as desordens informacionais de outras áreas⁽⁶⁹⁾. Para evitar a maleficidade da desinfodemia, em situações como a pandemia da COVID-19, é necessário estabelecer uma comunicação de risco eficaz, com uma ação e estratégias coordenadas nacionalmente⁽¹²⁾.

De acordo com o diretor-geral da OMS, Tedros Ghebreyesus, os pilares de resposta a essa situação não mudaram: “liderança política e informação, engajar e escutar as comunidades”⁽⁵²⁾. Porém, as atitudes tomadas pelo núcleo do governo federal brasileiro têm deixado os profissionais de saúde em uma posição vulnerável. Isso porque além de controlar a propagação do vírus, atuar no tratamento e recuperação dos pacientes contaminados, os profissionais da saúde têm que combater a desinfodemia⁽⁶⁹⁾.

2.3 Desordem informacional

O acesso no ambiente digital tem aumentado na população brasileira, o que intensifica a exposição à desordem informacional. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística no ano de 2019, 78,3% da população maior de 10 anos possuía acesso a internet sendo o celular a principal ferramenta utilizada. Das pessoas que não acessam a internet, 75,4% alegaram não saber usar ou falta de interesse. Nos domicílios o acesso à internet teve um aumento de 3,6 pontos percentuais em relação a 2018, com crescimento acelerado nas áreas rurais que passou de 49,2% em 2018 para 55,6% em 2019⁽⁷⁰⁾.

No entanto, apesar desse aumento representar uma melhoria na condição de vida da população brasileira, possibilitando acesso a diversas informações, apresenta novos obstáculos na comunicação contemporânea, como a hiperinformação que pode banalizar o conhecimento, confundindo o receptor da mensagem, comprometendo na validação das informações e contribuindo para a relativização da verdade^(26,71).

Nomeado pela OMS de infodemia, essa hiperinformação de um assunto específico, dificulta a distinção de conteúdos verdadeiros dos falsos e multiplicam-se exponencialmente por meio de plataformas de mídia social e outros meios de comunicação⁽²⁸⁾. Mediante o potencial maléfico da infodemia, diversos países têm elaborado iniciativas e políticas para gestão infodêmica e combate à desinformação^(69,72-74).

Se faz necessário destacar que optou-se por adotar o termo desinfodemia neste trabalho, tendo em vista que possibilita realizar um recorte para os discursos desinformativos sobre uma determinada doença dentro do movimento da infodemia, sendo dessa forma, o termo mais adequado considerando o objetivo da pesquisa.

No Brasil, o levantamento realizado pelo Instituto de Pesquisas Datafolha, revelou que 71% dos entrevistados já receberam conteúdo duvidoso ou notícias falsas por parte de amigos e parentes, sendo aludida a responsabilidade de todos (jornais, portais e canais de notícias, autoridades e governos, cidadãos, redes sociais, escolas, organizações não governamentais e dos aplicativos de mensagens privadas) no combate da desinformação⁽⁷⁵⁾.

De acordo com esse levantamento, aproximadamente 156 milhões de brasileiros utilizam a internet para se informar, comunicar ou trabalhar⁽⁷⁵⁾, sendo necessária a regulamentação das informações difundidas na internet, com sanções e combate à desinformação⁽⁷⁶⁾, o que está sendo debatido no governo brasileiro via projeto de lei nº 2630/2020, conhecido como “Lei das *Fake News*”⁽⁷⁷⁾.

Esse projeto de lei surgiu como tentativa de combater ou diminuir a disseminação das *fake news* e aumentar a transparência das redes sociais e dos aplicativos de mensagem privada na internet. Dentre as mudanças propostas por essa lei estão a identificação de conteúdo pago ou promovido, com a identificação do responsável pela financiamento do conteúdo, a vedação da existência de redes de disseminação artificial que disseminem a desinformação e a vedação de contas que sejam inautênticas⁽⁷⁷⁾.

A escassa regulamentação, conhecimento e habilidade em utilizar os recursos tecnológicos digitais faz da desordem informacional um risco não só para os usuários como para toda a sociedade, haja visto a amplitude do acesso, a velocidade da difusão e o compartilhamento das informações no ambiente digital^(28,35).

Potencializado pelas mídias e redes sociais, a desordem informacional, apresenta atualização na extrapolação do campo das disputas políticas para as diversas esferas da vida social⁽⁷⁸⁾, imputando crimes falsos a inocentes, como no caso do lichamento de Fabiana Maria de Jesus, na cidade de Guarujá-São Paulo⁽⁷⁹⁾ e influenciando comportamentos de saúde. Mas afinal de contas, o que é essa desordem informacional?

Essas notícias inventadas, mentiras e boatos fazem parte de um fenômeno comunicacional que Wardle e Derakhshan⁽³⁰⁾ (2017) denominam de “*Information Disorder*” e que leva em conta a complexidade da comunicação em uma abordagem multidisciplinar, com elementos individuais, sociais, culturais, históricos e econômicos.

Embora presente ao longo de toda a história da humanidade, a desordem informacional do séc. XXI tem sido influenciada pelos recursos tecnológicos e refletem características socioculturais da população brasileira, como: a falta de credibilidade e confiança nos meios tradicionais de comunicação e no jornalismo; déficit na formação crítica, reflexiva e digital; negacionismo; teorias de conspiração; descrença na ciência e nas instituições; a formação de “bolhas” nas mídias sociais; direcionalidade do conteúdo e propagandas; polarização política; monetização através das notícias caça-cliques; segurança de dados; ética, dentre outros^(33,71,76).

Segundo Wardle e Derakhshan⁽³⁰⁾ (2017), há três tipos de desordem informacional: informação incorreta (*dis-information*); desinformação (*mis-information*) e a má-informação (*mal-information*), de maneira simplificada, a distinção entre os termos pode ser pela intencionalidade do agente que produz e/ou compartilha o conteúdo.

Logo, quando a intenção é ajudar com o compartilhamento de informações que acredita-se serem verídicas, denomina-se informação incorreta, quando o objetivo é obter lucro disseminando de forma maliciosa por meio de informações falsas, é definido como desinformação, já a má-informação é quando as informações baseadas na realidade são compartilhadas para causar danos a uma pessoa, organização ou país^(30,69,80).

Atualmente, a disseminação das notícias falsas tem relevância ainda maior, visto que cada vez mais a população tende a consultar as notícias *on-line* como fonte primária de informação. Além disso, nas últimas décadas, a questão da credibilidade científica foi cada vez mais sendo colocada em pauta, por conta, por exemplo, da aliança de instituições científicas com organizações privadas e a influência que essas alianças geram sobre os trabalhos realizados pelos cientistas⁽⁸¹⁾.

Neste contexto, uma das dificuldades é a divulgação de informações que sejam baseadas em evidências científicas de forma efetiva para a população, dadas as limitações subjetivas e a impossibilidade da total imparcialidade por parte dos emissores da mensagem⁽⁸²⁾. O jornalismo científico surge para atuar justamente nesse cenário, visto que utiliza técnicas de investigação e linguagem com o intuito de promover o debate e divulgar trabalhos e falas dos cientistas, de maneira compreensível não só para o público geral⁽⁸³⁾ como para os profissionais de saúde, uma vez que segundo pesquisa da Gesser-Edelsburg *et al.*⁽⁸⁴⁾ (2019) os profissionais de saúde pública israelenses utilizam as redes sociais como fonte primária de informações embora não a considere confiável.

Nesse sentido, outro movimento que apresenta destaque para diminuir o impacto da desordem informacional na sociedade contemporânea é a promoção do letramento científico. Essa habilidade permite que o indivíduo reflita de forma crítica sobre as situações e opte por

escolhas responsáveis. Segundo Miller⁽⁸⁵⁾ (1983), para que alguém seja alfabetizado cientificamente, este deve possuir competências mínimas em três eixos: (1) compreensão dos conteúdos da Ciência, (2) entendimento da natureza da Ciência, (3) compreensão do impacto da tecnologia e da Ciência no ambiente e na sociedade.

No contexto da área da saúde e especialmente na pandemia da COVID-19, a alfabetização em saúde se mostrou uma habilidade necessária, sendo considerada como a capacidade de identificar, acessar e entender informações sobre fatores de risco na área da saúde, além de tomar decisões que levem essas informações em consideração⁽⁸⁶⁾, sendo temática crescente em diversos estudos⁽⁸⁷⁻⁹⁰⁾.

Paralelamente aos estudos, tem sido criadas ferramentas para o combate à desordem informacional, por exemplo, as agências de checagem de fatos (*fact-checking*) que inicialmente estavam mais ligadas ao noticiário político e faziam parte da premissa do trabalho jornalístico, e que atualmente tem ampliado sua função na comunicação social sobremaneira no campo da saúde^(71,91).

Além disso, têm sido ofertados cursos e materiais para a capacitação de profissionais para a divulgação científica⁽⁹²⁾, somado ao movimento denominado de “*Sleeping Giants*” que tem promovido a desmonetização de sites produtores de conteúdos maliciosos⁽⁹³⁾.

Essas iniciativas têm gerado efeitos em diferentes proporções, contudo o assunto não se esgota nas medidas de combate à desordem informacional. Isso porque se tratando de um problema complexo é vital refletir sobre suas origens e condições que proporcionam a geração, difusão e consumo.

2.4 Práticas Baseadas em Evidências

Embora a PBE seja dita como fruto da Medicina Baseada em Evidências (MBE), em 1859 a enfermeira Florence Nightingale publicou “*Notes on Nursing: What it is and What it is Not is*”⁽⁹⁴⁾, um livro que pode ser considerado como um guia de boas práticas para a “enfermagem” da época, iniciando-se o conceito de melhoria de resultados do paciente por meio de evidências sólidas, por isso, ela é considerada por alguns pesquisadores de enfermagem⁽⁹⁵⁻⁹⁸⁾ como sendo a pioneira da PBE⁽⁹⁸⁾.

No Reino Unido, na década de 1970, organizou-se a MBE, objetivando alcançar maior eficiência e efetividade dos serviços de saúde e na aplicação de recursos. Para isso, o epidemiologista Archibald Cochrane preconizou decisões clínicas à base de pesquisas, sobretudo e preferencialmente advindas de estudos clínicos randomizados, que norteassem

diretrizes para a prática clínica e a contenção de gastos^(98,99).

Por outro lado, no Canadá, o médico e professor David Sackett abordava o conceito de MBE com um foco maior na utilização de valores do paciente para implementar evidências de pesquisas a fim de melhorar a qualidade científica da informação médica e os cuidados de saúde oferecidos aos pacientes, exigindo um nível mais alto de pensamento crítico⁽⁹⁸⁾. Além disso, “colocou o paciente no centro da discussão sobre diagnóstico e tratamento enfatizando a importância da história de vida e dos achados clínicos na tomada de decisões a respeito da melhor conduta”⁽¹⁰⁰⁾(p.69).

Na década de 90, o Dr. Gordon Guyatt introduziu o conceito da MBE como um aspecto essencial da formação dos profissionais médicos. A definição de medicina baseada em evidências foi então tomada e renomeada como Prática Baseada em Evidências (PBE) porque outras profissões, tais quais enfermagem, fisioterapia, nutrição e atendimento odontológico, a adotaram para uso próprio⁽¹⁰⁰⁾.

Atualmente, as PBE tem sido ferramenta utilizada globalmente com o objetivo de melhorar a assistência à saúde e o ensino, por meio da implementação das pesquisas nos diversos níveis de atenção, além de auxiliar na tomada de decisão, no aumento da eficiência, eficácia, confiabilidade, segurança e gestão financeira dos serviços de saúde^(2,6, 101,102).

Dessa forma, dada a sua importância e tendo em vista os desafios de implementar as evidências científicas, surgiu na primeira década deste século a Pesquisa Translacional, estando esse termo inicialmente associado a pesquisas realizadas no Instituto Nacional de Câncer dos Estados Unidos e que se expandiu para outros campos de pesquisa em saúde⁽¹⁰⁾. De acordo com o Descritor em Ciências da Saúde (DeCS), pode ser dividido em duas áreas, (1) “aplicação das descobertas geradas por pesquisas de laboratório e em estudos pré-clínicos para o desenvolvimento de pesquisas clínicas e estudos em humanos”, (2) “aprimoramento da adoção de boas práticas”⁽¹⁰³⁾.

Na pesquisa translacional, é evidenciada a relevância do conhecimento quando é disseminado e utilizado, surgindo diversos modelos e teorias nesse campo de pesquisa que não se limitam às ciências da saúde⁽¹⁰⁴⁾ e que têm crescido nos últimos anos⁽¹³⁾.

Segundo Correia et al.⁽¹³⁾ (2019), no Brasil 86% dos grupos e programas de pesquisa da saúde criados na área de pesquisa translacional, surgiram a partir de 2010 (ano em que o termo foi inserido no DeCS) sendo que até março de 2019, havia 64 programas/grupos, o que representa 0,8% das pesquisas realizadas no país no contexto da saúde. Além disso, a pesquisa translacional, no país, tem sido discutida em encontros e troca de saberes nesta área com pesquisadores nacionais e internacionais⁽¹³⁾.

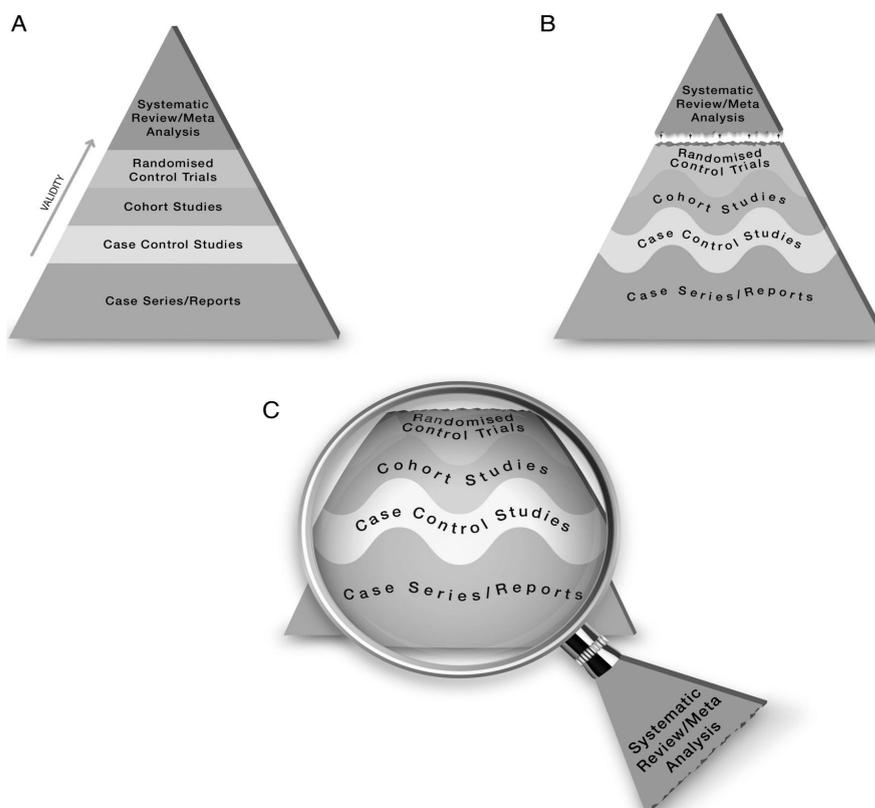
Somando forças às PBE e à translação do conhecimento, algumas instituições como a Fundação Cochrane e o *Joanna Briggs Institute* (JBI), têm desenvolvido metodologias para produção de sínteses de evidências assim como promovendo “formação para liderança clínica, disponibilizando acesso a sistemas e ferramentas para auxiliar clínicos, gestores, educadores e acadêmicos/pesquisadores a implementarem evidências na prática assistencial”(PÜSCHEL *et al.*, 2021, p.2).

No Brasil, o JBI foi sediado na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo em 2009, e tem realizado eventos nacionais e internacionais, cursos de *Evidence-Based Clinical Fellowship Program* e *Comprehensive Systematic Review Training Program*, além de publicações e traduções de Best Practices^(105,106).

Embora vistos como sinônimos, o Instituto adota o termo “Cuidado em Saúde Baseado em Evidências”, por considerá-lo mais adequado, uma vez que, “compreende que a melhor evidência disponível pode ser aplicada para informar políticas e práticas de modo a melhorar a saúde global”⁽¹⁰⁵⁾(p.2). Contudo, neste trabalho adotaremos o termo PBE, partindo do pressuposto de que sendo o termo mais antigo, é mais conhecido pelos profissionais de saúde.

Porém, como podemos definir qual é a melhor evidência científica disponível? Para isso criou-se a pirâmide de evidências que classifica os estudos conforme a metodologia adotada ou desenho, auxiliando na avaliação da qualidade de tais estudos estruturados de uma forma hierárquica (A). Contudo, nos últimos anos essa pirâmide foi reestruturada (B), mostrando que as evidências devem ser impulsionadas por muitos outros fatores além do desenho do estudo⁽¹⁰⁷⁾, conforme a Figura 1.

Figura 1: Nova pirâmide científica



Fonte: Murad *et al.*⁽¹⁰⁷⁾ (2016).

Como é possível visualizar na imagem, as linhas retas foram substituídas por ondas, demonstrando que não existe uma hierarquia estática, como antes (A), entre os níveis. Isso porque, além do tipo de estudo existem vários outros aspectos que determinam a sua qualidade. Como por exemplo, um estudo de coorte bem delineado pode trazer respostas mais assertivas do que um ensaio clínico com falhas metodológicas⁽¹⁰⁷⁾.

Além disso, as revisões sistemáticas e metanálise foram deslocadas do topo da pirâmide, passando a ser vistas como uma lupa pela qual as evidências são vistas (C). As revisões sistemáticas e meta-análises foram colocadas no topo da pirâmide de evidências por acreditar-se que fornecerem respostas mais confiáveis e estimativas mais precisas com intervalos de confiança mais estreitos que não foram selecionados com base na opinião de especialistas, mas sim com base em um procedimento sistemático. No entanto, uma revisão sistemática confiável pode resumir evidências tendenciosas⁽¹⁰⁷⁾.

Mesmo avaliando e classificando as evidências, há estudos que são publicados que embora aparentam confiabilidade e execução metodologia adequada, posteriormente acabam sendo demonstradas algumas falhas metodológicas, podendo ser retirados ou retratados do

periódico. Na COVID-19, mais de 250 artigos foram retirados ou retratados⁽¹⁰⁸⁾, o que em diversos momentos pode ter causado confusão entre os leitores e desconfiança na ciência.

Cabe ressaltar que a vasta maioria da população confia nos cientistas mais do que em políticos e empresários, no contexto brasileiro, estudo aponta que 92% dos entrevistados confiam na ciência e 90% nos cientistas, enquanto a média nos demais países é de 86%⁽¹⁰⁹⁾. Mas afinal de contas, o que é ser cientista?

A profissão de cientista geralmente é vinculada à uma instituição, como as universidades. A carreira é construída aos poucos e não tem tido muitos investimentos, apesar da melhoria e aumento das publicações científicas e doutoramento no país⁽¹¹⁰⁾. Além disso, estudos têm apontado para os efeitos na saúde mental de pós-graduandos, com aumento de depressão, ansiedade, ideação suicida e uso e abuso de drogas^(111,112).

De acordo com Comte-Aponville⁽¹¹³⁾ (2002), entre os extremos da ignorância e do saber, há lugar para o conhecimento e seu progresso, e é nesse lugar que os cientistas (re)produzem a ciência. Podendo ser definida como “Estudo de fenômenos naturais por observação, medidas e experimentação”⁽¹¹⁴⁾, a ciência teve os seus dias de glória e nos últimos anos tem acontecido a crise da ciência moderna, isso porque têm crescido nichos de resistência ou rejeição à ciência associados com específicos grupos políticos, econômicos e religiosos, o chamado negacionismo científico.

Em geral, eles não rejeitam a ciência por causa que acreditam que há algo de errado com ela, mas por que eles não gostam de suas implicações. E com essas pessoas, pequenas dúvidas podem gerar a desculpa que essas pessoas buscavam para continuarem no comportamento mais confortável para elas: “Será que as mudanças climáticas não são um fenômeno natural?”, “Me falaram que não há certeza que tabaco faz mal”, “Se máscaras não garantem que eu não pegue COVID, pra que usá-las?”⁽¹¹⁵⁾.

Após esse breve panorama do tema da pesquisa, acredita-se que com tudo que estudamos, ficaram claras a importância e a necessidade da realização da pesquisa, tendo em vista as dificuldades, realidades e potencialidades da saúde e dos trabalhadores brasileiros no enfrentamento dessa pandemia, que foi a primeira de grande porte a ocorrer na era digital. Justifica-se, assim, delimitar os objetivos que encontram-se a seguir.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Compreender a desordem informacional no enfrentamento da COVID-19 na perspectiva dos profissionais de saúde e os desafios na implementação das Práticas Baseadas em Evidências nesse contexto.

3.1 Objetivos específicos

- Compreender a relação dos profissionais da saúde com a desordem informacional de forma a identificar como afeta seu trabalho;
- Identificar quais são os desafios para implementação de Prática Baseada em Evidências na instituição de saúde em que os profissionais trabalham frente à desordem informacional da COVID-19.

4. METODOLOGIA

4.1 Desenho do estudo

Trata-se de uma pesquisa qualitativa com o método de entrevista semi-estruturada, realizada com profissionais da saúde do Hospital de Clínicas (HC) da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e analisada tematicamente.

Os profissionais de saúde foram envolvidos na conceitualização e coleta dos dados, o que promove uma colaboração interativa⁽¹¹⁶⁾. Espera-se que isso enriqueça a pesquisa e aumente a perspectiva de troca de conhecimento, impacto e sustentabilidade de seus resultados⁽¹¹⁷⁾.

A pesquisa foi dividida em três fases: (I) conceitualização, (II) coleta de dados e análises preliminares e (III) análises finais.

A primeira fase, de conceitualização, compreendeu a revisão de literatura do tema e elaboração do instrumento de coleta de dados, sendo a busca na literatura estendida até a finalização da pesquisa. A segunda fase, coleta de dados e análise preliminar, consistiu na realização de entrevistas de forma remota (online) via vídeo chamada, pela plataforma Google Meet, com os profissionais de saúde utilizando o instrumento elaborado na fase 1 ([Apêndice A](#) – Roteiro de Entrevista).

As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora principal e foram gravadas em vídeo e áudio, mediante autorização verbal dos participantes, sendo transcritas em documentos individuais armazenados no Google Docs. Outra forma de obtenção dos dados foi por meio dos registros durante e após as entrevistas no diário de campo da pesquisadora, de forma a registrar expressões, sentimentos, percepções, insights, reflexões e contradições.

O preparo para realização das análises preliminares ocorreu por meio da busca na literatura por artigos relevantes para o tema da pesquisa, realização de disciplinas da pós-graduação, com reflexões e revisão dos objetivos da pesquisa, possibilitando correção de rumos interpretativos e/ou abertura para novas indagações⁽¹¹⁸⁾. Além do estudo do software escolhido (NVivo), evitando assim, análises limitadas pelo mau gerenciamento dos dados obtidos das transcrição das entrevistas e anotações do diário de campo.

Tal preparo foi realizado conjuntamente com o grupo de pesquisa da Faculdade de Enfermagem da Unicamp, Grupo de Estudos e Pesquisas em Educação e Práticas de Enfermagem e Saúde (GEPEPES), além da realização de dois cursos sobre o software (níveis

básico e avançado), além de consultoria com o professor que ministrou os cursos, sendo o mesmo um pesquisador experiente no manejo e uso do *software*.

Na terceira fase (análises finais) buscou-se uma metodologia que permitisse a percepção de significados, representações, relações e narrativas a fim de compreender esse complexo fenômeno comunicacional, que é a desordem informacional, em um contexto em particular que foi a pandemia da COVID-19. Assim, considerou-se adequado o uso da metodologia de análise social para estudos da saúde, desenhado por Minayo⁽¹¹⁸⁾ (2014), evidenciando assim críticas e contradições⁽¹¹⁹⁾, caracterizada pelo movimento do pensamento por meio da materialidade histórica da vida dos homens em sociedade.

Dessa maneira, foi realizada a ordenação dos dados obtidos e leitura flutuante do material, com destaques no arquivo de pontos importantes por meio da ferramenta de negrito e sendo sinalizadas algumas reações como riso e sinais de nervosismo. Depois, classificou-se os dados por meio de releitura contínua, para que fosse possível identificar o que surge de relevante, e a partir disso elaborar categorias específicas. Assim, em um primeiro momento emergiram nove pré-categorias, que após análise e revisão foram agrupadas e sintetizadas em cinco temas.

4.2 Cenário

O grupo de trabalho para construção do HC Unicamp, foi criado no dia 1º de abril de 1970 pelo professor e reitor da universidade, Zeferino Vaz. A criação foi motivada pela abertura de concorrência pública para financiamento de construção e equipamentos dos hospitais de ensino mantido pelo Estado de São Paulo, naquele mesmo ano, e passou por processos administrativos cabíveis, com divulgação do edital em jornais e julgamento das propostas por uma comissão. O resultado da licitação foi publicado no ano de 1973 no Diário da União, iniciando-se a construção dos 59.880 m² do HC Unicamp⁽¹²⁰⁾.

Em 1975, foi realizado um ato solene de lançamento da Pedra Fundamental do hospital, contudo, após oito anos do início da construção evidenciou-se a necessidade de modificações no hospital, havendo atraso devido a falta de verba e espera por novas fontes de financiamento. Enquanto isso, foram inaugurados os ambulatórios do HC em 1979 e no ano de 1983 houve a entrega da verba do Convênio Pró-Assistência I, possibilitando assim, o término das obras do hospital⁽¹²⁰⁾.

Segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos da Saúde (CNES)⁽¹²¹⁾, o HC-Unicamp, é um hospital de ensino, estadual, de alta e média complexidade cuja

mantenedora é a Unicamp e oferece atendimentos ambulatoriais, internação, serviço de apoio diagnóstico e terapêutico e urgência, via SUS.

Trata-se de um hospital de grande porte (470 leitos instalados), com um corpo clínico qualificado, com mais de 300 docentes/pesquisadores (90% com título de doutor ou superior), que oferece atendimento terciário referenciado em mais de 40 especialidades⁽¹²²⁾.

Desde sua inauguração, em 1986, além da excelência da assistência e das atividades de ensino, o HC tem desenvolvido uma intensa atividade de pesquisa e de ensino em desenvolvimento da ciência e do ensino com segurança, qualidade, respeito e sustentabilidade, o que representa sua missão^(122,123).

Com apoio da Escola Corporativa (Educorp), reitoria e Unicamp, até o ano de 2019, foram realizadas 7 edições do Simpósio de Profissionais da Unicamp, um evento cujo intuito é expor trabalhos e ações institucionais, desenvolvidas pelos funcionários da Unicamp durante as atividades diárias na instituição e organizado por eles. Nesse evento, trabalhos são apresentados, divididos nos eixos temáticos: Administração e Gestão; Projetos Institucionais no Desenvolvimento do Ensino, Pesquisa e Extensão; e Desenvolvimento Humano, Saúde e Qualidade de Vida, e publicados na Revista Eletrônica do SimTec⁽¹²⁴⁾.

Com a primeira edição no ano de 1997, os resumos dos trabalhos possibilitam identificar os processos de mudança que ocorreram na instituição, sendo interessante destacar o evento que ocorreu no ano de 2012, cujo tema era: Conhecimento e experiência: reconhecendo fronteiras e construindo pontes⁽¹²⁴⁾.

Tendo em vista a proposta da pesquisa, apresenta-se o quadro 1 com destaque a alguns trabalhos apresentados no evento:

Quadro 1 - Destaques de trabalhos apresentados nos Simpósios de Profissionais da Unicamp

Título	Autoria (s)
Gestão compartilhada de pessoas e saberes	Ademilde Félix Gomes, Edison Cardoso Lins, Maria Aparecida Quina de Souza, Mauricio Calixto de Andrade, Patricia Asfora Falabella Leme, Rosane Ferreira Garcia Prado, Rose Clélia Grion Trevisane
Oficinas de diálogo e problematização: uma metodologia de desenvolvimento organizacional na diretoria geral de recursos humanos	Estela Dall Oca Tozetti
Núcleo de Estudos Permanentes (NEP): o CECOM promovendo aprimoramento e integração para seus profissionais	Angela Regina Goncalves Tiziani Maria Madalena Silva Agostinho
CONPUESP – Experiência de integração profissional – USP / UNICAMP / UNESP	Edison Cardoso Lins
Programa de atualização tecnológica da DGA - informatização: valorização do indivíduo	Maurício Calixto Andrade
Solução para falta de recursos?	Luis Sergio Leonardi, Vera Mendes
O projeto hospital virtual brasileiro - Um repositório de informações médico-científicas	Marcelo Jager

Fonte: SimTec⁽¹²⁴⁾(2022).

Assim foi possível identificar a busca pela elaboração e construção de uma política de Recursos Humanos (RH) ampla com integração, formação, capacitação contínua e permanente, formação⁽¹²⁵⁾ e diálogo, por meio de oficinas⁽¹²⁶⁾. Atividades desenvolvidas pelo Núcleo de Estudos Permanentes, criado em 2006⁽¹²⁷⁾, estreitamento comunicacional e integração com outras instituições de ensino do Estado de São Paulo, Universidade de São Paulo (USP) e Universidade Estadual Paulista (Unesp), com organização e realização do II Conpuesp - Congresso dos Profissionais das Universidades Estaduais Paulistas⁽¹²⁸⁾.

Atualização tecnológica e informatização dos processos administrativos, com a criação da Assessoria de Informática, sendo relatada a inicial resistência à mudança, sendo buscado criar uma parceria com envolvimento, comprometimento e colaboração⁽¹²⁹⁾, demanda dos profissionais por cursos de marketing, inglês, informática e relações humanas⁽¹³⁰⁾.

Destaca-se que já na primeira edição do Seminário, em 1997, já haviam relatos de projetos de pesquisa voltadas para criação de um repositório de informações médicas-científicas, nominada de Hospital virtual, que visava o intercâmbio de informações e interatividade entre profissionais e estudantes da área da saúde⁽¹³¹⁾.

Assim, nota-se que no decorrer dos anos, a instituição foi se construindo e se adaptando às novas tecnologias e necessidades de forma que, em 2019, foi implantado o Lean

nas Emergências, projeto do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (Proadi-SUS) em parceria com o Hospital Sírio-Libanês com o objetivo de reduzir a superlotação nas urgências e emergências de Hospitais públicos e filantrópicos⁽¹³²⁾.

Durante a pandemia da COVID-19, a instituição dispôs de 51 leitos na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) para pacientes com SRAG-Cov, adultos. Segundo o CNES são 6.508 funcionários cadastrados⁽¹²¹⁾. O primeiro caso suspeito de COVID-19 na instituição foi 16 de março de 2020 e o primeiro paciente confirmado dia 28 de março de 2020⁽¹³³⁾.

A visita técnica foi realizada no dia 25 de outubro de 2021 e foi o primeiro contato da pesquisadora com a instituição, sendo acompanhada pela orientadora, professora doutora Eliete Maria Silva. Logo de início, o que chama atenção é o tamanho do hospital, havendo várias entradas, estacionamento gratuito, ponto de ônibus e venda de comida ao redor. Observou-se que a entrada da instituição era controlada por catracas.

A enfermeira Angélica Olivetto de Almeida da educação continuada nos recebeu, sanou dúvidas e descreveu a situação do HC no enfrentamento à COVID-19. A pesquisadora realizou anotações no diário de campo da pesquisa, possibilitando a retomada da primeira impressão e registro de informações e reflexões como: a mudança da reitoria impacta nos cargos de gestão do hospital, gerando um certo grau de insegurança, houve inuso/pouco uso do espaço de simulação da Faculdade de Medicina, que poderia ter sido usado por exemplo para gravação dos vídeos dos treinamentos e educação permanente/continuada e há uma sobrecarga dos profissionais da educação continuada, que foram realocados para a assistência, conforme a necessidade da instituição.

Apesar dos adesivos coloridos no chão com informações diretivas, seria confuso e difícil achar alguns setores sozinha. Havia uma pintura em homenagem aos profissionais da saúde no terceiro andar e painéis para comunicação, com alguns convites para participação de pesquisa e informações sobre o uso obrigatório de máscara e paramentação.

Na ida aos setores, chamou atenção o fato de terem pessoas sem uso de máscara facial, todos usavam a roupa privativa do hospital, porém alguns calçados eram inadequados conforme a Norma Reguladora n.º32⁽¹³⁴⁾. Não havia dispenser de álcool em gel em todos os setores e corredores. Na UTI do trauma também havia pacientes sem máscara facial e havia alto-falantes no Pronto Socorro.

No segundo andar as janelas estavam fechadas, o ambiente não era claro, com iluminação prejudicada em algumas regiões e o teto era mais rebaixado, havia um cantinho de leitura onde eram colocadas as cartinhas para os pacientes, iniciativa essa proveniente da

Enfermagem, a sequência de analgesia e sedação para intubação foram escritas à mão e colocadas na UTI e Pronto socorro. De comunicação visual, na porta de um dos leitos com pacientes tinha um pedaço de papel com a escrita à mão de “negativo”.

Com o objetivo de programar a devolutiva da pesquisa aos profissionais, foi agendado com a educação continuada uma reunião, sendo realizada dia 30 de março de 2023 e a pesquisadora foi novamente acompanhada pela orientadora e recebida pela enfermeira Angélica. Estando em outro momento do enfrentamento da pandemia e da pesquisa, foi possível identificar algumas mudanças. Com apenas sete pacientes internados por COVID-19, nota-se que os profissionais encontravam-se mais calmos e sem expressões de medo ou uso de máscaras faciais.

No decorrer da conversa foi evidenciado que o “enfermeiro operacional”, ao contrário do que acontecia anteriormente, não está tendo incentivos, sob a forma de adicional no salário, para fazer pós-graduação, seja especialização, mestrado ou doutorado. Outra coisa que mudou foi a descontinuidade do banco de horas, o que desestimula os profissionais a ficarem após o seu horário de trabalho, ou chegarem antes para participar de um treinamento, por exemplo, por isso, tem-se buscado realizá-los rapidamente, *in loco*.

Há mais de 17 mil horas extras a serem compensadas na instituição, o que demonstra o quanto os profissionais tiveram que trabalhar além da carga de trabalho estabelecida em sua contratação. Além disso, anterior à pandemia, a Educorp ofereceu um curso sobre escrita científica, porém houve baixa adesão e interesse dos profissionais.

Essa conversa foi de grande valia e os pontos relatados estão sendo discutidos e levados em conta para a realização da devolutiva da pesquisa aos profissionais, que encontra-se em construção.

4.3 Sujeitos

O recrutamento de participantes foi realizado por correio eletrônico (e-mail) enviado pelo setor de RH do HC Unicamp, com lista oculta, conforme as orientações de pesquisa em ambiente virtual Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) durante a pandemia do novo coronavírus⁽¹³⁵⁾ ([Apêndice B](#) – E-mail convite - Entrevista). Configurando-se em uma amostra por conveniência, somada à uma amostragem em rede, por meio da técnica de “bola de neve” (snowball), por meio da qual os participantes indicavam colegas do trabalho para serem convidados a participar da pesquisa de forma direta⁽¹³⁶⁾.

Ao aceitarem o convite, os participantes clicavam em um endereço eletrônico (link) a

partir do qual eram encaminhados ao formulário do Google Forms, em que recebiam maiores informações da pesquisa e tinham acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e ao formulário socioeconômico.

Para a coleta de dados, estabeleceu-se como critérios de inclusão ser profissional atuante no HC da Unicamp há no mínimo um ano, atuar no enfrentamento da COVID-19 e possuir recursos tecnológicos como celular ou notebook, com acesso à internet. Além disso, é importante que o participante disponha de um ambiente privativo e silencioso para assegurar o mínimo de interrupções possíveis.

A delimitação do tempo de atuação de no mínimo 12 meses foi definida considerando que durante a pandemia muitos contratos emergenciais foram realizados. A situação laboral de profissionais com maior tempo de vínculo poderiam trazer questões e percepções que refletissem o ambiente de trabalho na instituição pesquisada.

Segundo a definição da Resolução nº 218, que regulamenta as profissões de saúde no país, profissionais de saúde são: assistente social, biólogo, profissional de educação física, enfermeiro, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico, médico veterinário, nutricionista, dentista, psicólogo e terapeuta ocupacional⁽¹³⁷⁾.

Destaca-se que apesar do delineamento inicial da pesquisa ser de profissionais envolvidos diretamente na assistência a pacientes acometidos pela COVID-19, houve interesse por parte de profissionais que ocupam cargos de gestão e que eventualmente assumiram durante a pandemia assistência direta aos pacientes. Acreditando-se que tal percepção contribuiria para a pesquisa, esses profissionais foram incluídos na amostra final.

Em função da medida sanitária de distanciamento social por causa da COVID-19, as entrevistas foram realizadas no formato remoto, o que segundo Schmidt, Palazzi e Piccinini⁽¹³⁸⁾ (2020) possui diversas vantagens como: maior abrangência geográfica, custo-benefício, redução de tempo na coleta de dados e conveniência aos envolvidos (deslocamento dispensado); menos riscos de contaminação pela COVID-19, além do ambiente propriamente dito, onde os profissionais participaram da entrevista, o que pode garantir, algumas vezes, mais conforto e privacidade do que se fossem realizadas no ambiente de trabalho do hospital.

Porém, dadas as condições laborais, com alto índice de casos COVID-19 e déficit de profissionais, sabe-se que os trabalhadores da saúde estavam sobrecarregados e cansados, sendo por isso escolhido a plataforma do Google Meet, dada sua gratuidade e duração ilimitada das videoconferências do tempo da chamada (devido ao e-mail institucional), segurança e familiaridade dos profissionais com o aplicativo⁽¹³⁹⁾. Acredita-se que com isso,

haveria menor resistência em participar da pesquisa.

A coleta foi descontinuada ao alcançar uma amostra, que acreditamos, refletir em quantidade e intensidade, as múltiplas dimensões do fenômeno estudado⁽¹⁴⁰⁾. Foram entrevistados 13 profissionais: enfermeiros, assistente social, médico, nutricionista e fisioterapeuta. As percepções dos(as) respondentes foram analisadas tematicamente, seguindo o referencial de Minayo, o que vai ao encontro com a proposta dessa pesquisa.

4.4 Técnica de coleta e teste piloto

O teste piloto foi realizado com um roteiro pré-estruturado construído e validado por profissionais da saúde, realizado no período de 22 de junho a 21 de julho de 2021, após aprovação do CEP/Unicamp. Assim, foi possível identificar alguns pontos de melhoria no instrumento, assim como possibilitou o treinamento em entrevistas semiestruturadas da pesquisadora responsável.

Participaram 10 voluntários profissionais de saúde que atuam no enfrentamento da COVID-19 em diversos serviços, que não o HC/Unicamp, nos municípios de Campinas, São Paulo, Belo Horizonte e Rio de Janeiro. O convite aos voluntários foi realizado via aplicativo de mensagem de texto e rede social de contatos das pesquisadoras e por meio de indicações, foram contempladas as seguintes profissões: enfermeiros, assistente social, médicos, farmacêuticas, fonoaudióloga, psicóloga e fisioterapeuta. As entrevistas aconteceram por meio de videoconferência no Google Meet, no período da tarde (seis entrevistas) e noite (quatro entrevistas) durante dias úteis.

Além das alterações no instrumento da entrevista semi-estruturada foi proposto o uso de um formulário elaborado no Google Forms visando facilitar a coleta dos dados socioeconômicos dos entrevistados assim como na maior flexibilidade para o agendamento da entrevista. As imagens da tela de um celular do Google formulário para agendamento da entrevista podem ser visualizadas no [Apêndice C](#).

Ao final, o instrumento da pesquisa ficou com 25 perguntas, de forma que as duas perguntas de abertura serviram não só para entender o contexto em que aquele profissional se encontrava como também para “quebrar o gelo” e deixar o participante mais à vontade para responder as perguntas. Sobre “fontes e coordenação de informações” haviam sete perguntas,

“desordem de informação” três, “comunicação e educação” oito, “PBE” duas e três perguntas finais. O roteiro de entrevista encontra-se disponível no [Apêndice A](#).

4.5 Análises

Os dados primários foram submetidos à análise de conteúdo temática, levando em consideração que a descoberta dos núcleos de sentido auxiliariam na identificação “de estruturas de relevância, valores de referência e modelos de comportamento presentes ou subjacentes no discurso.”⁽¹¹⁸⁾(p. 316), sendo por isso a análise de conteúdo escolhida pelas pesquisadoras.

Seguindo a operacionalização proposta por Minayo⁽¹¹⁸⁾ (2014) as análises foram realizadas em três etapas (Figura 2): pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados e interpretação, sendo utilizado o software *NVivo*[®], como ferramenta de auxílio para análise dos dados.

Figura 2 – Análise de conteúdo temática segundo Minayo (2014)



Fonte: elaboração própria (2022).

Conforme apresentado por Salvador⁽¹³⁹⁾ (2019) o uso softwares de análise de dados qualitativos com auxílio de computador (CAQDAS - do inglês *Computer Assisted Qualitative Data Analysis Software*) apresentam os benefícios de contribuir “para a organização dos dados, viabilizam diferentes tipos de análise e, perante grande volume textual, otimizam o tempo de análise”⁽¹³⁹⁾ (p.11).

Uma vez que a pesquisa qualitativa estuda a subjetividade e os significados expressos pelas palavras é necessário uma análise complexa, para isso, os softwares de apoio à análise de dados qualitativos surgem como uma importante ferramenta para a organização dos dados,

a otimização do tempo de análise dos textos e a padronização da análise com elevado rigor metodológico. No entanto, algumas dificuldades surgem com o uso de tais ferramentas, como o tempo de estudo necessário pelos pesquisadores para a sua utilização, aumento da complexidade das análises e o custo de aquisição dos softwares⁽¹³⁹⁾.

Além disso, os *softwares* não têm capacidade de decidir o que será codificado ou quais são as categorias necessárias, tampouco conseguem estabelecer por si mesmos relações entre categorias ou entre os dados. Nesse sentido, os softwares surgem como uma ferramenta para o processamento de dados, sendo responsabilidade essencial e insubstituível do pesquisador a realização da conceptualização e análise⁽¹³⁹⁾.

Nesse cenário, o NVivo® é um software que se destaca por apresentar guia de interface do usuário da Microsoft®, com ambiente de trabalho mais familiar e intuitivo com mecanismos e atalhos compreensíveis⁽¹⁴¹⁾. O NVivo® foi escolhido nesta pesquisa pela "facilidade" e estrutura da codificação, que permite a inclusão da nomenclatura, descrição dos conteúdos e relação entre as árvores de nós e entre os nós, pela capacidade de elaboração de notas sobre os textos e codificações; pelos mecanismos de busca; e pela capacidade de análise de grande volume de informações⁽¹⁴¹⁾.

Além disso, espera-se que com a criação de gráficos, nuvens de palavras, mapas mentais, do projeto e conceitual, por meio das ferramentas de sentimentos, relacionamentos e matrizes estruturais seja possível a visualização de padrões e conexões que facilitem as análises necessárias para que o objetivo da pesquisa seja alcançado, além da transparência da pesquisa que o software possibilita.

Para configurar inicialmente a ferramenta que gera a lista de palavras mais frequentes e a nuvem foram considerados os seguintes critérios: as 20 palavras mais frequentes com três (3) ou mais caracteres. Após a análise das nuvens preposições, pronomes, conjunções, palavras e verbos que não traziam sentido foram removidos e assim foram geradas novas nuvens de palavras, como é possível ver no [Apêndice D](#).

Por fim, na análise final, foram realizadas articulações entre os dados coletados e os referenciais teóricos da pesquisa, sendo os resultados apresentados em dois manuscritos, que encontram-se na seção [5. Resultados e análise dos dados](#).

4.5.1 Referenciais teóricos

Tratando-se de um problema complexo, adotamos um referencial teórico múltiplo, para tratar das fragilidades, barreiras e potencialidades para a implementação das Práticas Baseadas em Evidências no Brasil e a desordem informacional, ambas tratadas a seguir.

Como descrito, a PBE é uma abordagem para tomada de decisões clínicas com o objetivo de fornecer uma prática clínica que seja baseada em evidências disponíveis, confiáveis e relevantes, e que leve em consideração a expertise do profissional e as necessidades individuais dos pacientes^(142,143).

Já a ciência da implementação, apesar de possuir um conceito diferente, está diretamente relacionada a PBE, de forma que ambas visam melhorar a qualidade e efetividade da assistência e cuidados de saúde. Segundo Bauer⁽¹⁴²⁾ (2015), o campo da ciência da implementação incorpora um escopo mais amplo do que a pesquisa clínica tradicional, concentrando-se não apenas no nível do paciente, mas também nos níveis do provedor, organização e política de saúde.

Assim, a pesquisa de implementação requer equipes de pesquisa transdisciplinares com alvos de investigação que não fazem parte rotineiramente da maioria dos ensaios clínicos como paciente/sujeito individual, mas também como o provedor, clínica, instalação, organização, comunidade e até mesmo o ambiente político, assim como os parceiros operacionais, incluindo administradores, profissionais da linha de frente e pacientes^(142, 143).

A ciência da implementação é uma área de pesquisa interdisciplinar que se concentra na identificação de estratégias eficazes para garantir que as PBE sejam promovidas e adotadas na rotina dos serviços de saúde e na saúde pública, melhorando assim a qualidade e a eficácia dos serviços de saúde⁽¹⁴²⁾.

Uma revisão integrativa na área da Enfermagem apontou como fragilidade de implementação das PBE o pouco conhecimento dos profissionais para avaliação de evidências, a sobrecarga de trabalho e a resistência às mudanças das práticas⁽¹⁶⁾. Camargo *et al.*⁽¹⁶⁾ (2018) abordam as barreiras em um contexto hospitalar, sendo destacado o contexto institucional como dificultador, incluindo a ausência de apoio administrativo, tempo insuficiente no trabalho para ler e implementar novas ideias, ausência de autonomia, cultura organizacional cristalizada e falta de treinamentos, além da baixa confiança em evidências em saúde, disponibilidade limitada de evidências em enfermagem e distanciamento entre o ambiente acadêmico e a prática clínica.

Além dessas barreiras, há a infodemia e as desordens informacionais, que dificultam o acesso à bons estudos e colocam dúvidas e incertezas aos profissionais, que passaram a ter mais confiança da população, juntamente com os pesquisadores científicos, organizações de saúde pública e autoridades públicas⁽²³⁾ o que os coloca, muitas vezes, em uma posição de influência (o que pode ser bom ou ruim).

Mas a infodemia não vinha só do ambiente externo não, ela também ocorria dentro da instituição que passou a atualizar as informações conforme as evidências iam aparecendo, de forma que a manutenção de práticas recém-implementadas, muitas vezes não dispunha de infraestrutura adequada (por exemplo, enfermeiras suficientes treinadas para terapia intensiva, número suficiente de fisioterapeutas para administrar com segurança a ventilação mecânica) e tempo insuficiente para assimilar todas as informações⁽²³⁾.

Destaca-se que a pandemia em si, oferece uma demanda urgente para a área de ciência da implementação de desenvolver novas perspectivas e abordagens, que contribuam para o seu desenvolvimento a longo prazo, com aplicação de métodos rápidos de síntese de pesquisa como: revisões rápidas de 48 horas, crowdsourcing para revisões de evidências, revisões em tempo real⁽²³⁾.

Diversos são os desafios, barreiras e fragilidades encontradas na implementação das PBE, por isso a motivação em pesquisar o impacto que as desordens informacionais têm na avaliação e acesso às fontes de informação e consequente aplicação clínica na situação pandêmica da COVID-19. Para tanto utilizam-se as definições de informação incorreta, desinformação e má informação propostas por Wardle & Derakhshan⁽¹⁴⁴⁾ e representadas na Figura 3.

Figura 3 - Classificação da informação segundo Wardle & Derakhshan



Fonte: Wardle, Derakhshan⁽¹⁴⁴⁾ (2019, p. 48), tradução da pesquisadora.

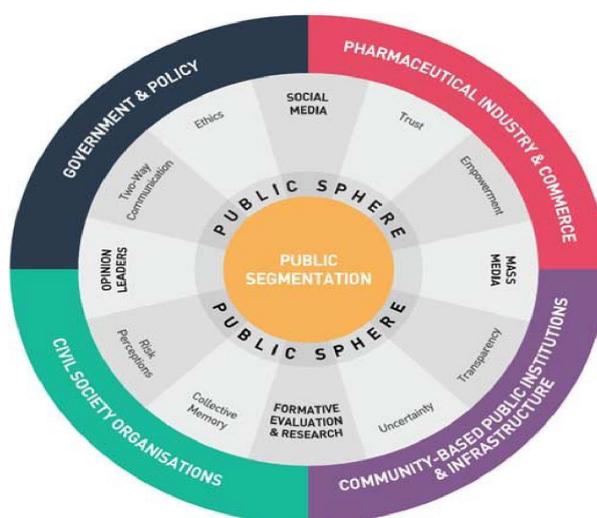
Essas definições foram adotadas por permitirem a distinção das informações falsas, daquelas que possuem a intenção de causar danos, sendo a desinformação a intersecção de ambas⁽¹⁴⁴⁾. Essa distinção é importante por considerar a ingenuidade ou maldade do emissor e/ou divulgador da mensagem, sendo interpelado e reconhecido de forma diferenciada e justa⁽⁷⁶⁾.

De acordo com Wardle & Derakhshan⁽⁸⁰⁾ (2017), a desordem informacional possui os seguintes elementos: agente; mensagem (informação difundida); e o intérprete. Sendo que para essa pesquisa será direcionado o olhar para esse intérprete que atua diretamente na assistência aos pacientes acometidos pela COVID-19, os profissionais de saúde.

Assim, se tratando de uma comunicação de risco em uma emergência de saúde pública, apoiamo-nos no referencial proposto por Gesser-Edelsburg *et al.*⁽¹⁴⁵⁾ (2015) que expõem as lacunas e identificam equívocos na crise da comunicação em saúde, apontando como todos atores podem atuar diante da nova realidade social e tecnológica.

Esse modelo (Fig. 4) se contrapõe à comunicação de risco até então realizada, como no enfrentamento da doença causada pelo Zika vírus no Brasil, ancorada em relações hierárquicas e lineares, sem estabelecimento de um diálogo, ou seja, unidirecionais e prescritivas. Além disso, Antunes⁽⁴⁹⁾ (2018) afirma que a comunicação adotada na epidemia da Zika, seguiu a ideologia da “responsabilização dos indivíduos pela doença, que é também recorrente em relação a outras doenças”⁽⁴⁹⁾ (p. 130).

Figura 4 – Ilustração do modelo conceitual de comunicação proposto por Gesser-Edelsburg *et al.*⁽¹⁴⁵⁾(2015)



Fonte: Gesser-Edelsburg⁽¹⁴⁵⁾ (2015) (p.452).

Utilizando-se da teoria dos rizomas, as autoras apresentam a complexidade do tema, com elementos que se sobrepõem já que a comunicação não possui limites bem definidos e encontra-se em constante transformação, a segmentação pública englobada pela esfera pública⁽¹⁴⁵⁾.

Gesser-Edelsburg *et al.*⁽⁸⁴⁾ (2019) apontaram que apesar dos profissionais de saúde acharem os artigos científicos mais confiáveis (44%), eles não são a principal fonte de informação que utilizam, fazendo uso também das mídias sociais, assim como o público em geral, apesar de não considerá-las como fonte confiável. O que nos faz indagar: Quais têm sido as fontes utilizadas pelos profissionais de saúde que estão atuando no enfrentamento à COVID-19? O que eles consideram como fontes confiáveis e oficiais?

Em 2014, Gesser-Edelsburg, Walter e Green haviam demonstrado que em situações de crise tanto o público em geral quanto os profissionais de saúde baseiam suas atitudes mais nas emoções e na experiência pessoal do que no conhecimento analítico, o que também foi retratado no livro *“Factfulness: o hábito libertador de só ter opiniões baseadas em fatos”*, onde os autores apontam o medo como um impeditivo ao, já difícil, pensamento analítico⁽¹⁴⁶⁾.

Outro aspecto importante diz respeito ao papel da esfera pública na comunicação de doenças infecciosas emergentes, quando ocorre a disputa de poder entre opiniões, conhecimentos e autoridades de saúde. De modo que se a comunicação não for transmitida de forma ativa, transparente e dialógica, contribuindo para a alfabetização em saúde pública, corre o risco de instaurar um ambiente de incertezas, teorias conspiratórias e difusão de

desinformação⁽¹⁴⁵⁾.

Corroborando com esse estudo, Chowdhury, Khalid e Torino (2021)⁽¹⁴⁷⁾ apontam que em consequência da falta de confiança nos governos, associado à falta de conhecimento científico por parte dos indivíduos, o consumo de desinformação aumenta, sendo disseminado rapidamente nas redes sociais, o que tem sido alvo de preocupação e ações mundiais.

Diante da complexidade da relação estabelecida entre as PBE, a desordem informacional, a comunicação de risco/surto, e a pandemia da COVID-19 é imprescindível dispor de um referencial das ciências sociais, a partir do qual a saúde pode ser encarada também como “um problema coletivo, social e político”⁽¹¹⁸⁾(p.246). Logo, é necessário abordar os problemas de saúde, que são complexos, utilizando-se de conhecimentos das áreas da filosofia, antropologia, sociologia, história, economia, geografia, dentre outras.

4.6 Plano de gestão de dados e questões éticas

Seguindo a Política institucional de acesso aberto à produção intelectual e científica da Unicamp, foi criado o plano de gestão de dados utilizando-se uma ferramenta online DMP Tool ([Apêndice E](#) – Plano de Gestão de Dados). Além disso, a pesquisa seguiu todas as resoluções e diretrizes éticas estabelecidas para a realização da pesquisa, sendo aprovada no CEP com CAAE 46691121.9.0000.5404, sob nº 4.929.641(ANEXO 1).

Os participantes foram assegurados acerca do sigilo, anonimato e confidencialidade das informações. O TCLE ([Apêndice D](#)) que foi disponibilizado on-line e por meio da seleção da opção “Li e concordo em participar da pesquisa” possibilitava seu consentimento. Utilizou-se um código alfanumérico mediante ordem de participação, seguido de um código identificador da categoria profissional.

Para garantir o anonimato dos profissionais utilizou-se um número mediante a ordem de participação do profissional na pesquisa seguida pelas iniciais da categoria profissional, como por exemplo EN para enfermeiro; FI para fisioterapeuta; ME para médico; AS para assistente social e NU para nutricionista.

5. RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS

Tratando-se de uma dissertação apresentada no formato alternativo, optou-se por organizá-los sob a forma de manuscritos que serão e foram submetidos a periódicos nacionais. Assim, o Manuscrito 1 (5.1), cujo título é “Percepções sobre o impacto da desordem informacional em práticas de saúde na pandemia de COVID-19”, teve foco nos resultados da análise temática com recorte para o impacto percebido pelos profissionais da desordem informacional em suas práticas de saúde.

Já o Manuscrito 2 (5.2), intitulado “Desafios para Práticas Baseadas em Evidências a partir da pandemia de COVID-19: percepções de profissionais da saúde”, destacou os resultados da matriz estrutural gerada no software NVivo tendo em vista a PBE, identificando assim, os principais desafios para sua implementação na instituição, em um contexto pandêmico.

Diante de resultados tão ricos que não couberam nesses dois manuscritos, na seção [6. Resultados adicionais e discussão geral](#) são apresentadas as fontes mais citadas e usadas pelos participantes da pesquisa e a nuvem de palavras das categorias que emergiram na análise temática, além da discussão de outros aspectos gerais.

5.1 Manuscrito 1

Percepções sobre o impacto da desordem informacional em práticas de saúde na pandemia de COVID-19

Percepciones sobre el impacto del desorden informativo en las prácticas de salud en la pandemia de COVID-19

Perceptions about the impact of informational disorder on health practices in the COVID-19 pandemic

DIAS, Ana Paula de Oliveira; UMBELINO-WALKER, Isis; CARBOGIM, Fábio da Costa; MARQUES, Dalvani; SILVA, Eliete Maria

Resumo

A desordem informacional durante a COVID-19 gerou desafios para os profissionais de saúde, intensificada pela pós-verdade, infodemia e negacionismo. O objetivo

deste estudo qualitativo foi investigar os impactos desse fenômeno comunicacional nas práticas de saúde sob a perspectiva dos profissionais de saúde, de um hospital escola do Estado de São Paulo, Brasil, que prestaram assistência a pacientes com COVID-19 e que dispusessem de recursos tecnológicos com acesso à internet. Foram entrevistados 13 profissionais, no período de dezembro/2021 a fevereiro/2022. A análise temática dos dados revelou que as desordens informacionais interferem nas relações com a gestão, colegas de trabalho, pacientes e familiares, sobretudo no que se diz respeito à terapêutica e à vacinação. É necessário promover ações direcionadas a esse público, como alfabetização científica e digital, educação permanente, reflexões sobre as práticas em saúde e abertura para o diálogo.

Palavras-chave: Comunicação; COVID-19; Desinformação; Prática Clínica Baseada em Evidências.

Resumen

El desorden informacional durante la COVID-19 generó desafíos para los profesionales de la salud, intensificados por la posverdad, la infodemia y el negacionismo. El objetivo de este estudio cualitativo fue investigar los impactos de este fenómeno comunicacional en las prácticas de salud desde la perspectiva de profesionales de la salud, de un hospital escuela del Estado de São Paulo, Brasil, que brindaban asistencia a pacientes con COVID-19 y que tenían recursos adecuados tecnología con acceso a internet. Fueron entrevistados 13 profesionales, de diciembre/2021 a febrero/2022. El análisis temático de los datos reveló que los trastornos informacionales interfieren en las relaciones con la gerencia, los compañeros de trabajo, los pacientes y los familiares, especialmente en lo que respecta a la terapia y la vacunación. Es necesario promover acciones dirigidas a este público, como la alfabetización científica y digital, la educación permanente, la reflexión sobre las prácticas en salud y la apertura al diálogo.

Palabras clave: Comunicación; COVID-19; Desinformación; Práctica Clínica Basada en la Evidencia.

Abstract

The informational disorder during COVID-19 created challenges for health professionals, intensified by post-truth, infodemic and denialism. The objective of this qualitative study was to investigate the impacts of this communicational phenomenon on health practices from the perspective of health professionals, from a teaching hospital in the State of São Paulo, Brazil, who provided assistance to patients with COVID-19 and who had adequate resources. technology with internet access. 13 professionals were interviewed, from December/2021 to February/2022. Thematic analysis of the data revealed that informational disorders interfere with relationships

with management, co-workers, patients and family members, especially with regard to therapy and vaccination. It is necessary to promote actions aimed at this public, such as scientific and digital literacy, permanent education, reflections on health practices and openness to dialogue.

Keywords: Communication; COVID-19; Desinformation; Evidence-Based Practice.

Introdução

A desinformação tem sido preocupação crescente para pesquisadores em mais de 100 países, de acordo com estudo que avaliou a percepção do impacto da pandemia da COVID-19 na produção e comunicação da pesquisa, sendo destacado que dois terços dos participantes apontaram que a pandemia aumentou a importância de separar a pesquisa de boa qualidade da desinformação¹. Corroborando com estes achados, uma revisão sistemática que investigou disseminação de desinformação relacionada à saúde nas mídias sociais, aponta aumento de publicações sobre a temática de 2012 a 2018, sendo frequentemente associadas às doenças infecciosas e vacinas.²

A pandemia da COVID-19 despertou medo, pânico, insegurança e a necessidade de aprendermos a lidar e prevenir a desordem informacional, sobretudo nas situações de emergências de saúde pública. Situações essas que despertam na sociedade necessidades de informação³. O que segundo Timmins⁴ pode ser entendido enquanto reação do indivíduo a uma mudança ou um evento significativo, associado ao caráter de gravidade, imprevisibilidade, novidade, ameaça, desafio ou incerteza. Essas necessidades de informação desencadeiam comportamentos de busca de informações, que podem ocorrer no meio digital, nas mídias tradicionais, nos órgãos de saúde ou consulta com profissionais³.

Contudo, essas necessidades nem sempre são atendidas e a insegurança, dúvida e medo podem tornar os indivíduos mais suscetíveis à desinformação². Além disso, o contexto da pós-verdade incentiva atitudes mais baseadas nas emoções, crenças, conceitos e até preconceitos pessoais ou de um grupo específico, do que nos fatos e evidências objetivas⁵.

Este complexo fenômeno comunicacional, definido como desordem informacional (*Information Disorder*) de acordo com Wardle e Derakhshan⁶, que classificam os tipos de informações falsas e nocivas em três categorias: (I) a desinformação (*Dis-information*), (II) a informação incorreta (*Mis-information*) e (III)

má informação (*Mal-information*). Nela os elementos comunicacionais (agente, conteúdo da mensagem e intérprete) devem ser analisados separadamente e a distinção entre os termos é definida pela intencionalidade de quem produz e/ou compartilha o conteúdo.

Diante da cobertura, rapidez e capilaridade da internet em difundir todos os tipos de informações, o consumidor de informações por diversas vezes fica inseguro e confuso. Isto representa um grande problema de saúde pública, o que a Organização Mundial de Saúde, chamou de infodemia⁷.

A infodemia é definida como “um excesso de informações, algumas precisas e outras não, que tornam difícil encontrar fontes idôneas e orientações confiáveis quando se precisa”⁷ (p.2). Ela tem sido motivo de preocupação e iniciativas de combate internacionais⁸, uma vez que pode gerar confusão e dúvidas, exacerbando crises de confiança e de autoridade⁹, além de, como aconteceu na COVID-19, influenciar na adesão a medidas de prevenção e contenção, uso de medicamentos sem eficácia comprovada e desafios à vacinação, por exemplo¹⁰.

Paralelamente, a desordem informacional tem efeitos no mau gerenciamento de recursos, impacto na saúde mental, aumento de pessoas contaminadas e acirramento político. E ainda, tais informações podem até serem derivadas de conhecimento científico de baixa qualidade, o que abala a confiança na ciência e dá espaço para o negacionismo¹¹. Deste modo, a infodemia impõe riscos à saúde pública e incute altos custos sociais⁸.

Os profissionais de saúde também estão igualmente sujeitos aos efeitos e consequências da infodemia e desordens informacionais¹². Isso tem particular importância no contexto da pandemia da COVID-19, visto que os profissionais de saúde têm que lidar com uma doença, sobre a qual, no início, pouco se sabia sobre a epidemiologia, fisiopatologia, diagnóstico e tratamento, o que gerou incertezas e necessidade de atualizações constantes do conhecimento⁹, ao mesmo tempo em que tinham que cuidar e tratar dos doentes e prevenir a contaminação.

Esse cenário dificultou a prestação de uma assistência à saúde de qualidade e segura, fundamentada em evidências científicas, impactando as práticas profissionais durante a pandemia de COVID-19^{8,9,10,11}. Deste modo, este estudo qualitativo buscou compreender a relação desses profissionais com a desordem informacional de forma a identificar como afeta seu trabalho.

Método

Este artigo é resultante de pesquisa sobre a desordem informacional na pandemia da COVID-19 sob a perspectiva de profissionais da saúde de um hospital escola, em um município do Estado de São Paulo, Brasil. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, com profissionais atuantes na instituição pública de saúde há no mínimo um ano, envolvidos diretamente na assistência a pacientes acometidos pela COVID-19, que possuíssem recursos tecnológicos com acesso à internet e ambiente privado para realização da entrevista.

Apesar do delineamento inicial da pesquisa, houve interesse de gestores que eventualmente assumiram, durante a pandemia, a assistência direta aos pacientes com COVID-19. Acreditando-se que tal percepção contribuiria para a pesquisa, esses profissionais foram incluídos na amostra final.

A coleta de dados ocorreu no período de dezembro de 2021 a fevereiro de 2022, por meio de entrevista semi-estruturada, por videoconferência, utilizando-se a plataforma do Google Meet. O recrutamento de participantes foi realizado por correio eletrônico (e-mail), conforme as orientações de pesquisa em ambiente virtual da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)¹³ e foi descontinuado ao alcançar uma amostra, que acredita-se refletir em quantidade e intensidade, as múltiplas dimensões do fenômeno estudado¹⁴. As percepções dos(as) respondentes foram analisadas tematicamente, seguindo o referencial de Minayo¹⁵, o que vai ao encontro com a proposta dessa pesquisa. Assim, as etapas da análise temática foram: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

Para garantir o anonimato utilizou-se o número referente a ordem de realização da entrevista seguido pelas iniciais da categoria profissional para

identificar os participantes, por exemplo: a quinta entrevista realizada com um profissional da enfermagem foi identificada como 05 EN. O TCLE foi disponibilizado on-line, sendo consentido por meio da seleção da opção “Li e concordo em participar da pesquisa”.

Asseguraram-se as normatizações éticas e legais, conforme a Resolução do Conselho Nacional de Saúde de n. 466/1216 e orientações de pesquisa em ambiente virtual CONEP durante a pandemia do novo coronavírus¹³. O projeto foi aprovado em 21 de junho de 2021, pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o parecer de nº 4.793.334.

Resultados e discussão

As categorias temáticas e as discussões dos resultados das entrevistas foram sistematizadas a partir dos núcleos de sentido, de forma que neste trabalho, foi dado enfoque à temática do processo de trabalho.

O formulário foi respondido por 20 profissionais e a amostra final composta por 13 entrevistas, já que dois respondentes não contemplavam os critérios de inclusão e cinco não compareceram à entrevista agendada. Participaram nove enfermeiros, um assistente social, um médico, um nutricionista e um fisioterapeuta.

Os profissionais prestavam cuidados à pacientes adultos e pediátricos, sendo de diversos setores, como unidades de internação, hospital dia, ambulatório, serviço social, unidade de terapia intensiva pediátrica, transplante de medula óssea, unidade de urgência e emergência, nutrição e dietética, coordenação e núcleo de qualidade e segurança em saúde.

A maioria dos entrevistados (77%) eram do gênero feminino, a média de idade foi de 46 anos, sendo a menor 34 e a maior 63 anos. Um profissional se identificou como pardo e os demais (92%) como brancos. Nem todos os profissionais residem no município da instituição de saúde, sendo de cidades ao redor (38%), entre 28 km a 142 km de distância. Além disso, todos os entrevistados possuíam mais de 10 anos de experiência, sendo que 54% relataram mais de 20 anos de profissão, sendo a maioria dos profissionais egressos de instituições

privadas (69%), a maioria (54%) realizou especialização e destaca-se que 38% concluiu ou estava em andamento na pós-graduação *stricto sensu*.

Relações da desordem informacional com o processo de trabalho

Constatou-se que a desordem informacional impactou no cotidiano do trabalho e aumento na taxa de contaminação, ocasionando o aumento de internações:

Informações prejudiciais seriam informações que atrapalham o andamento do trabalho. Como, uma informação que atrapalha uma campanha de vacinação, uma informação que interfere numa rotina de trabalho. (05 EN)

Aumentando o número de casos (risos), aumentando o número de internações. Recentemente eu estava colaborando no núcleo de gestão de leitos do hospital e aí sempre o número de casos com aumento vertiginosos em alguns momentos e coincidia com algumas informações que eram liberadas ou na mídia ou nas redes sociais de forma errônea. (01 EN)

Apesar da menção ao aumento de internações, gerando um problema de gestão de leito, destaca-se que esse fato não foi mencionado pelos profissionais que atuam predominantemente na assistência, estando muito mais associada à administração e organização do serviço do que à sobrecarga de trabalho desses profissionais e a piora da taxa de mortalidade por COVID-19, mesmo com o período de coleta após a segunda onda epidêmica de 2021, que foi o ano com maior incidência (6.935), mortalidade (201) e letalidade (2,9%) no Brasil¹⁷.

A vacinação também foi associada a discordâncias e conflitos, com narrativas de hesitação vacinal, desconfiança e questionamentos sobre intenção financeira e mercadológica da venda das vacinas e quebra de patente (3 EN).

(...) Sei lá, um exemplo, meu irmão, meu irmão é super inteligente, meu irmão mais velho, tem 45 anos, estudado, enfim, ele é super inteligente, a gente sempre foi 'brother', amigo. A gente teve discussões, ele falava que não ia tomar vacina, que a vacina era isso, que a vacina era aquilo e eu tentando falar respeitando (...). (12 FI)

(...) eu conheço pessoas que são da área da saúde que são contra a vacina, trabalham comigo, inclusive, não queriam se vacinar. E aí se o hospital meio que não [gesto de aspas com as mãos] obrigasse assim, singelamente, né [risos]? A pessoa a se vacinar, a pessoa não se vacinaria, né? (04 EN)

(...) talvez uma informação falsa seria a 100% da eficácia da nossa vacina, [risos] porque essa foi bem falsa, (...) Todo mundo acreditou que seria a salvação do mundo e acabou não sendo a salvação, né? E nem é ainda,

né? Nem é ainda, a salvação, porque da onde ela veio, eu não acredito que isso seja falso, acredito que ela veio de lá mesmo, né? Daquele lugar, né? Daquele país, né? E acredito... eu sou meio da teoria da conspiração, acredito até que foi uma espécie de uma guerra química que nós estamos tendo, né? Eu acredito que isso começou... está começando tudo ali, né? Eu não acho falso, eu acho que isso é até uma... é uma guerra já lançada, né? Para... não sei se querem eliminar a população, se querem dominar a população, [risos] eu não sei qual que é o objetivo, mas que isso é uma guerra, aqui é... e pra gerar lucro. (...) (09 EN)

A vacina é eficiente, os resultados mostram isso, em contrapartida, por que o preço da vacina tem um custo até considerado alto? Então, assim.... se é uma situação pandêmica, não deveria ter uma quebra de patente? Para determinados países, deveria ter uma quebra de patente. O objetivo da vacina é salvar vidas ou enriquecimento de grandes laboratórios? (03 EN)

Estudos apontam que profissionais de saúde tinham ansiedades, preocupações sobre a segurança e eficácia das vacinas, falta de informação além da presença de desinformação^{18,19}, o que impactaram a confiança nos imunobiológicos²⁰, nas práticas de saúde e até na proteção deles.

Segundo estudo com a população brasileira, a intenção de se vacinar contra a COVID-19, estava diretamente relacionada à polarização política e os principais meios de difusão e compartilhamento de boatos e desinformações aconteceram no ambiente digital (Instagram, Facebook, Twitter e WhatsApp)²¹.

O ambiente digital e as mídias tradicionais também foram utilizadas como fontes de informações pelos profissionais de saúde, seja pela falta de evidências, dificuldade no acesso, costume e/ou hábito ou posicionamento político, o que os colocaram em maior contato com desordens informacionais e dificultando o acesso a evidências científicas de boa qualidade. Além disso, em alguns momentos faltaram direcionamento e informações práticas para os profissionais, dificultando, por exemplo, a orientação dos familiares.

Eu vejo que às vezes algumas pessoas acabam, eu não sei, se voltando à questão do presidente e tudo mais, daí acaba que o fanatismo com o Bolsonaro faz com que as pessoas acabem ficando... não procurando uma fonte e acreditando que ivermectina, né? Que mata piolho, né? Vai matar o vírus da COVID [risos]. (04 EN)

Por que, que eu não posso visitar o meu ente querido? Você não pode visitar porque tá proibido. Ah, mas está proibido por quê? Por que eu não posso ir no leito? Porque é altamente contagioso. Tá, mas de que forma? Como? De que forma isso pode acontecer? E se ele morrer? Ele vai morrer sozinho? Eu prefiro ficar lá dentro com ele, por que não pode? Né? São respostas que nós não tínhamos para dar e quem não tinha para dar, buscou em fonte errada, trouxe e fez aquilo a sua verdade e falava aquilo. E desmistificar aquilo foi muito difícil, né?(06 AS)

Esses achados corroboram com pesquisa que analisou as percepções de risco de profissionais da saúde israelenses, no contexto da gripe aviária A (H7N9) na China em 2013, que demonstrou que em situações com alta percepção de risco, os profissionais de saúde baseiam suas atitudes mais em emoções e experiências pessoais do que em conhecimento analítico, comportamento este também identificado no público em geral¹².

Isso demonstra que os profissionais da saúde estão suscetíveis às desordens informacionais sobre a COVID-19, assim como a população em geral, o que representa um grande risco, já que as profissões da saúde têm se tornado autoridades culturais, podendo os profissionais serem considerados “praticantes da ciência, em prol da cientificidade aplicável à realidade”^{22:407}. O que ao considerar sua expertise e vontade do paciente, constituiria uma Prática Baseada em Evidências (PBE), melhorando e tornando mais eficaz e eficiente a assistência à saúde.

Devido a essa autoridade, os profissionais de saúde detêm, muitas vezes, confiança e respeito da população, sendo suas opiniões ouvidas e conselhos seguidos. Em relação a isso, os participantes apontaram a influência que os profissionais podem ter sobre os pacientes colocando-os expostos ao risco de se contaminarem, ao orientar, por exemplo, que não era necessário utilizar máscaras, não buscar ou retardar a assistência médica e por promover e prescrever medicações sem eficácia comprovada.

Então, por exemplo, você incentivar a pessoa tomar ivermectina, toda vez que ela tem contato com uma pessoa com COVID, né? Isso, afeta o fígado, né? Então eu posso causar uma doença realmente na pessoa, outra doença que não COVID, né? Então, acho que informações prejudiciais seria com relação a isso, assim, a você causar um dano, às vezes maior na saúde da pessoa do que, é... ah! Não usa máscara, essas coisas assim. Então, eu acho assim, que é realmente você expor a pessoa ao risco, né? Que você poderia prevenir na verdade. (04 EN)

Com relação à equipe médica. Tinha gente que dava cloroquina, tinha gente [que] não dava cloroquina, dentro do [nome da instituição suprimido], hospital universitário. Tinha médico que prescrevia cloroquina e tinha médico que não prescrevia. E aí... cloroquina a gente sabe que... (expressões com as mãos), não tem efeito nenhum, né? (02 EN)

Destaca-se a compreensão do impacto que a comunicação estabelecida entre o profissional de saúde e o paciente, sendo às vezes, infelizmente, um meio de difusão de informações falsas e sem base científica. O que é evidenciado também na fala:

“Você acaba de fazer um atendimento aí vem aquela técnica [de

enfermagem] e fala assim: “Mas olha, faça isso que eu conheço uma pessoa que fez tal coisa”, sabe? Então, assim, ali dentro mesmo tem, né? Esse tipo de coisa. Eu acho que até, muitas vezes a informação que o profissional não tem, ele acaba multiplicando pra aquela pessoa que cai nas graças dele, sabe? E isso acontece muito, né? (...) Ela acaba usando isso como: “Olha, mas a fulana falou para mim que se eu fizer tal coisa vai dar certo”. Imagina, ela trabalha lá, ela sabe o que ela está falando e, muitas vezes, ela não sabe o que ela está falando, né?” (6 AS)

Infere-se que isso é ainda mais forte considerando que a instituição de saúde onde esses profissionais trabalham é parte de uma grande universidade, sendo vista e reconhecida na comunidade pelas suas ações de ensino-pesquisa-extensão, de forma especial neste período pandêmico. Além disso, segundo Massarani *et al.* (2021)²³, profissionais de saúde foram apontados como uma das fontes mais confiáveis de informações sobre a COVID-19. No entanto, conforme descrevem Machado *et al.* (2023)²²:

Observam-se movimentos de pacientes informados e organizados, que desenvolvem resistências a essa autoridade, e a determinadas prescrições e práticas, e tentam participar das decisões relativas à sua própria saúde, inclusive questioná-las. A pandemia tem dado muitos exemplos desses embates entre saberes e verdades, esbarrando nos dogmas da autonomia profissional e confundindo discursos ideológicos em contraponto a resultados científicos de pesquisas^{22:407}.

O que por um lado é bom, já que os pacientes têm se colocado de forma ativa no processo de tomada de decisão em relação a seus cuidados de saúde, mas que por outro lado, na pandemia gerou conflitos e distanciamento, sobretudo, inicialmente, em relação à terapêutica a ser adotada.

O próprio paciente colocando em xeque a nossa assistência, né? Não confiando no profissional que não se baseia nas *fake news*, né? Foram poucos, mas existiram, né? Um paciente ou outro que exigiam tomar cloroquina, tomar ivermectina, né? (08 EN)

Afeta demais da conta, afeta demais, afeta desde a gente é... pedir pra discussão com o paciente, porque a gente teve muitas... Por vezes, de paciente ir até um pronto-socorro e querer que prescreva cloroquina, por exemplo. E aquele médico, daquele dia, falava: “eu não vou prescrever” e aí gera uma discussão muito grande, né? (...) (02 EN)

Situações como essas, geraram dificuldades para os profissionais de saúde em cuidar, conviver, conscientizar e educar.

Pessoas do meu convívio, pessoas que estão ali comigo e que eu não consegui fazer com que ele entendesse até hoje, porque o argumento que ele tem é tão forte em relação ao que é colocado pelo nosso gestor, né? Pelo nosso querido Presidente [Bolsonaro] e ele não consegue ainda, enxergar. (06 AS)

Mas por que que a gente vai continuar se eu tomar três doses, para que você vai ficar com máscara ainda? Então, exemplificar essas coisas para a grande população, é difícil. E fazer com que todo mundo compreenda, é mais difícil ainda, porém é necessário e aí você tem que educar. Isso é a educação, né? (01 EN)

O que corrobora com Palácio e Takenami (2020)²⁴ que apontaram a desordem informacional como um dos desafios para a educação em saúde, não só para profissionais da saúde, como também para as autoridades, pesquisadores e gestores de saúde, prejudicando a prevenção da doença. Paralelamente há, ainda, o negacionismo com o movimento “anticiência”.

De acordo com Morel (2021)²⁵, o negacionismo acentua incertezas, influência na adesão da população aos protocolos de prevenção, comprometendo o enfrentamento da pandemia e ameaçando a democracia. Segundo o autor, os negacionistas da pandemia ora agrediram e desqualificaram os cientistas e o discurso científico, ora utilizavam desse mesmo discurso científico. Morel também destaca a presença do negacionismo até mesmo entre alguns profissionais da saúde, como por exemplo, a médica Nise Yamaguchi²⁵.

Esse negacionismo pode afetar a relação do profissional com pacientes e familiares, já que as decisões passam a ser mais fundamentadas nas crenças do que nas evidências e fatos. E também podem dificultar a implementação de uma PBE, uma vez que é necessário que o profissional da saúde não só tenha acesso a evidências científicas, mas também leve em conta a sua expertise, realidade e os desejos e necessidades do paciente e seus familiares.

Se chega um paciente que está doente, que é negacionista e eu tenho que falar pra ele que eu tenho que tomar várias medidas e a pessoa não concorda, a gente tem um conflito inicial. Eu vou ter que tomar minha conduta médica independente do conflito que exista e às vezes existe uma má relação médico-paciente por conta dessa questão. Então, assim, sempre que eu for atender um paciente, eu vou priorizar meu conhecimento científico, eu vou esquecer a opinião do familiar, infelizmente. (11 ME)

Essa politização da pandemia, destacada pela disputa entre narrativas presentes na comunidade científica e nas “autoridades” políticas, como analisam

Henriques e Vasconcelos (2020), proporcionou o desenvolvimento de desconfianças e incertezas agravado pela desordem informacional, infodemia e negacionismo. Isso interfere na avaliação e comportamento das pessoas, dificultando o diálogo, colocando em combate a autonomia profissional e do paciente, de forma que estudos apontam que uma das soluções seria aproximar a ciência da população^{26,27}, envolvendo não só a comunicação científica, como também a alfabetização, o que auxilia, também, nos enfrentamentos aos desafios da saúde do século XXI²⁸.

Assim, além da interferência no modo de produzir saúde, processos de trabalho mais complexos e rígidos²⁹, impactos na saúde mental, gestão de cuidados e na educação em saúde^{9,30} causados pela pandemia, estudos apontam consequências da desordem informacional no enfrentamento à COVID-19 tanto no sistema de saúde, na sociedade, na economia, quanto nos indivíduos, com consequências psicossociais e éticas^{31,32,33,34,35}.

Nota-se que diante do contexto pandêmico a comunicação se tornou crucial para garantia de um cuidado e assistência de qualidade, prevenção da doença e de apoio emocional³⁶, sendo a prática comunicativa, antes de tudo, inerente ao direito à saúde³⁷. A falta de comunicação pode acarretar erros e conflitos, sendo por isso uma das metas internacionais de segurança do paciente³⁸.

Porém, a comunicação em saúde não acontece apenas entre os profissionais, pacientes e familiares, sobretudo em situações emergentes, ela deve ser orientada por uma comunicação de risco. A comunicação de risco deve se adaptar às realidades sociais e tecnológicas, tendo a esfera pública papel importante na comunicação de doenças infecciosas emergentes, devendo ser transmitida de forma ativa, transparente e dialógica contribuindo para a saúde pública³⁹.

Contudo, no Brasil, a comunicação de risco aconteceu de forma contrária ao que se recomenda, derivado de um discurso negacionista, sendo semeadas desconfianças e dúvidas, até mesmo por autoridades políticas, que no início da pandemia apresentava um discurso isolado e distinto das orientações internacionais, sobre isolamento social e tratamento para a COVID-19⁴⁰.

Reconhecido internacionalmente como exemplo de resposta caótica e irresponsável, o presidente brasileiro do período passou a disseminar a hesitação vacinal⁴¹, reforçando a necropolítica, que já se manifestava nos ataques sucessivos aos programas sociais criados em governos anteriores, como a extinção do

Programa Mais Médicos e aprovação de reformas (trabalhista e previdenciária)⁴².

Por fim, aponta-se que a pesquisa teve algumas limitações, como por exemplo a realização da divulgação, captação e coleta de dados por meio online, o que dificultou a participação de outros profissionais da saúde, como farmacêuticos e psicólogos. A situação pandêmica, com os profissionais da assistência e gestão exaustos, não só pela sobrecarga de trabalho, mas também pelo bloqueio de direitos trabalhistas, como férias.

Além disso, aponta-se que tal pesquisa deveria ter tido uma triangulação de dados, o que estava proposto no início, contudo, dado o tempo previsto para realização da pesquisa não foi possível neste momento realizá-lo, sendo recomendadas pesquisas futuras que abordem tais aspectos tanto no âmbito da assistência, quanto da gestão. A pesquisa limitou-se ao universo de um hospital escola e a metodologia escolhida não permite generalizações, ainda a análise pode ser muito subjetiva em decorrência da interpretação dos autores pesquisadores.

Considerações Finais

Este estudo buscou compreender a relação de profissionais da saúde com a desordem informacional, identificando como ela afeta o trabalho. Assim, foi possível obter um panorama acerca de temas da comunicação e práticas na saúde que ganharam relevância diante da emergência da pandemia e risco da desordem informacional. As percepções dos profissionais da saúde deixam clara a necessidade de comunicação interna eficaz e o quanto as desordens informacionais impactam nas práticas de saúde, interferindo nas relações com a gestão, colegas de trabalho, pacientes e familiares, sobretudo no que se diz respeito à conduta terapêutica e à vacinação.

A análise dos dados possibilitou identificar iniciativas a serem fortalecidas para a realização de mudanças. Destaca-se a importância da educação permanente, devendo ser promovida *in loco* e possibilitando abertura para o diálogo, problematização e reflexão das práticas de saúde, o que torna a aprendizagem mais significativa e pode se tornar um fator protetivo para saúde mental dos profissionais.

Ressalta-se que mediante o risco para a saúde pública, a desordem informacional deve ser combatida e prevenida, sendo apontado, por exemplo, a necessidade de ações multissetoriais, incluindo o desenvolvimento de políticas

públicas, criação e promoção de campanhas de conscientização, melhoria do conteúdo relacionado à saúde nas mídias de “massa” e alfabetização digital e de saúde das pessoas.

Contudo, evidencia-se que essa abordagem deve ser direcionada ao público-alvo, devendo assim, haver medidas mitigadoras destinadas especificamente para esse público, tendo em vista sobretudo, a influência que podem ter não só nas adesões às práticas baseadas em evidências e aos protocolos institucionais, como também nos pacientes e colegas de trabalho.

O impacto e a relação da desordem informacional com a assistência e o cuidado aos pacientes com COVID-19 não é algo pontual ou simples de ser identificado, uma vez que nas entrelinhas há a deficiência e dificuldade em estabelecer uma comunicação eficaz e ações de educação permanente, além da insatisfação, sobrecarga e condições de trabalho, a necessidade de alfabetização científica e digital e a lacuna entre o conhecimento científico e a prática beira leito, dificultando a implementação de práticas baseadas em evidências.

Agradecimentos

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico pelo auxílio financeiro (nº do processo 130571/2021-0) e a todos os profissionais da saúde, sem vocês, este estudo não seria exequível e nem teria sentido.

Referências

1. The Economist. Confidence in research: researchers in the spotlight [Internet]. The Economist; 2022 [Acesso 2023 Mar 30]. Disponível em: <https://impact.economist.com/projects/confidence-in-research/>
2. Wang Y, McKee M, Torbica A, Stuckler D. Systematic Literature Review on the Spread of Health-related Misinformation on Social Media, Social Science & Medicine. 2019 [Acesso 2023 Mar 29]; 240. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112552>.
3. Barbosa L, Pereira Neto A, Paolucci R. Necessidades de Informação sobre Covid-19: um estudo em uma comunidade on-line de saúde brasileira. Saúde Debate. Rio de Janeiro, Jan-Mar 2023 [Acesso 2023 Mar 27]; 47(136):141-154. Disponível em: <https://www.saudeemdebate.org.br/sed/issue/view/63/109>.
4. Timmins F. Exploring the concept of ‘information need’. Int J Nurs Pract. 2006 [Acesso 2023 Mar 13]. 12(6):375-81. Acesso em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17176311/> doi: 10.1111/j.1440-172X.2006.00597.x. PMID: 17176311.

5. Lewandowsky, S. , Ecker, U. K. H., & Cook, J. (2017). Beyond Misinformation: Understanding and Coping with the “Post-Truth” Era. *Journal of Applied Research in Memory and Cognition*, 6(4), 353-369. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jarmac.2017.07.008>
6. Wardle C, Derakhshan H. Information disorder: Toward an interdisciplinary framework for research and policy making. *Journal of Information Policy*. 2017 [Acesso 2021 Out 14]; 7:1-32. Disponível em: <https://doi.org/10.5325/jinfopoli.7.2017.0001>.
7. Organização Mundial da Saúde (OMS), Organização Pan-Americana de Saúde. Entenda a infodemia e a desinformação na luta contra a COVID-19. 2020 [Acesso 2021 Jun 24]. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52054/Factsheet-Infodemic_por.pdf
8. Domingues L. (2021). Infodemia: uma ameaça à saúde pública global durante e após a pandemia de Covid-19. *Revista Eletrônica De Comunicação, Informação & Inovação Em Saúde*, 15(1). <https://doi.org/10.29397/reciis.v14i4.2237>
9. Ferreira CHP, et al. Estratégias adotadas no enfrentamento da covid-19: relato de experiência profissional. *Revista Enfermagem em Foco*, 2020; 11 (Esp.2): 199-204.
10. Ferreira Caceres MM, Sosa JP, Lawrence JA, Sestacovschi C, Tidd-Johnson A, Rasool MHU, et al. The impact of misinformation on the COVID-19 pandemic. *AIMS Public Health*. 2022 Jan 12 [Acesso 2023 Mar 28]; 9(2):262-277. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9114791/> doi: 10.3934/publichealth.2022018. PMID: 35634019; PMCID: PMC9114791.
11. Borges do Nascimento IJ, Pizarro AB, Almeida JM, Azzopardi-Muscat N, Gonçalves MA, Björklund M, Novillo-Ortiz D. Infodemics and health misinformation: a systematic review of reviews. *Bull World Health Organ*. 2022 Sep; 1;100(9):544-561. doi: 10.2471/BLT.21.287654. Epub 2022 Jun 30. PMID: 36062247; PMCID: PMC9421549.
12. Gesser-Edelsburg A, Walter N, Green MS. Health care workers--part of the system or part of the public? Ambivalent risk perception in health care workers. *Am J Infect Control*. 2014 Aug;42(8):829-33. doi: 10.1016/j.ajic.2014.04.012. Epub 2014 Jun 14. PMID: 24939516.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva do Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Ofício circular nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS, de fevereiro de 2021. Brasília: 2021. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/images/Oficio_Circular_2_24fev2021.pdf
14. Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Revista Pesquisa Qualitativa*. São Paulo (SP), v. 5, n. 7, p. 01-12, abril. 2017 [Acesso 2023 Abril 5]. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82>
15. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. -14ª ed.- São Paulo: Hucitec, 2014. 407 p.
16. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012. Brasília: CNS; 2012.
17. Conselho Nacional de Secretários da Saúde (CONASS). Painel Nacional: COVID-19. Última atualização 18 de abril 2023. Disponível em: <https://www.conass.org.br/painelconasscovid19/> [Acesso 24 Abril 2023]

18. Glenton C, Carlsen B, Lewin S, Wennekes MD, Winje BA, Eilers R. Healthcare workers' perceptions and experiences of communicating with people over 50 years of age about vaccination: a qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2021, Issue 7. Art. No.: CD013706. DOI: 10.1002/14651858.CD013706.pub2. Accessed 04 May 2023.
19. Sousa AFL, Teixeira JRB, Lua I, Oliveira Souza F, Ferreira AJF, Schneider G, Carvalho HEF, Oliveira LB, Lima SVMA, Sousa AR, Araújo TME, Camargo ELS, Oriá MOB, Craveiro I, Araújo TM, Mendes IAC, Ventura CAA, Sousa I, Oliveira RM, Simão M, Fronteira I. Determinants of COVID-19 Vaccine Hesitancy in Portuguese-Speaking Countries: A Structural Equations Modeling Approach. *Vaccines*. 2021; 9(10):1167. <https://doi.org/10.3390/vaccines9101167>
20. Lachtim SAF, Frugoli AG, Noel C, Fonseca MHS. Fake News, infodemia e mídias sociais: da hesitação vacinal às baixas coberturas. In: Silva TMR, Lima MG, (Orgs.). *Estratégias de vacinação contra a COVID-19 no Brasil: capacitação de profissionais e discentes de enfermagem*. Brasília, DF: Editora ABen;2021. P 113-9. (Série enfermagem e pandemias, 6). <https://doi.org/10.51234/aben.21.e08.c12>
21. Galhardi CP et al. Fake news e hesitação vacinal no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 27, n. 05, p. 1849-1858, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022275.24092021>
22. Machado MH, Teixeira EG, Freire NP, Pereira EJ, Minayo MC de S. Óbitos de médicos e da equipe de enfermagem por COVID-19 no Brasil: uma abordagem sociológica. *Ciênc saúde coletiva [Internet]*. 2023 Feb;28(Ciênc. saúde coletiva, 2023 28(2)):405–19. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023282.05942022>
23. Massarani L, Mendes IM, Fagundes V, Polino C, Castelfranchi Y, Maakaroun B. Confiança, atitudes, informação: um estudo sobre a percepção da pandemia de COVID-19 em 12 cidades brasileiras. *Ciênc saúde coletiva [Internet]*. 2021Aug;26(Ciênc. saúde coletiva, 2021 26(8)):3265–76. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021268.05572021>
24. Palácio MAV, Takenami I. (2020). Em tempos de pandemia pela COVID-19: o desafio para a educação em saúde. *Vigil Sanit Debate*, Rio De Janeiro, 8(2), 10–15. <https://doi.org/10.22239/2317-269X.01530>
25. Morel APM. Negacionismo da Covid-19 e educação popular em saúde: para além da necropolítica. *Trab educ saúde [Internet]*. 2021Jan;19(Trab. educ. saúde, 2021 19):e00315147. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00315>
26. Dantas, LFS; Deccache-Maia, E.(2020). Scientific Dissemination in the fight against fake news in the Covid-19 times. *Research, Society and Development*, 9(7): 1-18, e797974776.
27. Araújo MPM; Corte VB; Genovese CLdeCR. Alfabetização científica e popularização da ciência: contribuições e desafios à valorização da educação científica. *Quaestio - Revista de Estudos em Educação*, Sorocaba, SP, v. 24, p. e022044, 2022. DOI: 10.22483/2177-5796.2022v24id4853. Disponível em: <https://periodicos.uniso.br/quaestio/article/view/4853>. Acesso em: 5 maio. 2023.
28. Silva-Satlov I, Pérez RR. Alfabetización científica para la salud global: una reflexión respecto a la formación en investigación. *Interface (Botucatu)*

- [Internet]. 2019;23:e170444. Available from: <https://doi.org/10.1590/Interface.170444>
29. Machado MH, Wermelinger M, Machado AV, Pereira EJ, Aguiar Filho W. Perfil e condições de trabalho dos profissionais da saúde em tempos de covid-19: a realidade brasileira. In: Portela MC, Reis LGC, Lima SML, eds. Covid-19: desafios para a organização e repercussões nos sistemas e serviços de saúde [online]. Rio de Janeiro: Observatório Covid-19 Fiocruz, Editora Fiocruz, 2022, pp. 283-295. Informação para ação na Covid-19 séries. ISBN: 978-65-5708-123-5. <https://doi.org/10.7476/9786557081587.0019>.
 30. Dias AP, Campagnoli M, Meneguetti C, Ramos MJ, Silva EM. (2021). Práticas de enfermagem durante a pandemia de COVID-19: relato de experiências. *Saúde Coletiva* (Barueri), 11(66), 6349–6358. <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2021v11i66p6349-6358>
 31. Sallam M. et al. Conspiracy Beliefs Are Associated with Lower Knowledge and Higher Anxiety Levels Regarding COVID-19 among Students at the University of Jordan. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Jul 8;17(14):4915. doi: 10.3390/ijerph17144915. PMID: 32650409; PMCID: PMC7399915.
 32. Chen X. et al. Belief in a COVID-19 Conspiracy Theory as a Predictor of Mental Health and Well-Being of Health Care Workers in Ecuador: Cross-Sectional Survey Study. *JMIR Public Health Surveill*. 2020 Jul 21;6(3):e20737. doi: 10.2196/20737. PMID: 32658859; PMCID: PMC7375774.
 33. Islam MS et al. COVID-19–Related Infodemic and Its Impact on Public Health: A Global Social Media Analysis, *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 2020, 103(4), 1621-1629. Retrieved Apr 24, 2023, from <https://doi.org/10.4269/ajtmh.20-0812>
 34. Bastani P, Bahrami MA. COVID-19 Related Misinformation on Social Media: A Qualitative Study from Iran. *Journal of Medical Internet Research*. 2020 Apr. DOI: 10.2196/18932. PMID: 32250961.
 35. Barbosa DJ et al. Fatores de estresse nos profissionais de enfermagem no combate à pandemia da COVID-19: síntese de evidências. *Com. Ciências Saúde* [Internet]. 5º de maio de 2020 [citado 24º de abril de 2023];31(Suppl1):31-47. Disponível em: <https://revistaccs.escs.edu.br/index.php/comunicacaoemcienciasdasaude/artic le/view/651>
 36. Crispim D; et al. Comunicação Difícil e Covid-19: Recomendações Práticas para comunicação e acolhimento em diferentes cenários da Pandemia. 2020. Disponível em: <https://ammg.org.br/wp-content/uploads/comunica%C3%A7%C3%A3o-Covid-19.pdf.pdf> . Acesso em 16 maio 2021.
 37. Araújo IS, Cardoso JM. Comunicação e saúde. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007. 152p., il. (Coleção Temas em Saúde).
 38. Sousa P; Mendes W., comps. Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde [online]. 2nd ed. rev. updt. Rio de Janeiro, RJ : CDEAD, ENSP, Editora FIOCRUZ, 2019, 524 p. ISBN 978-85-7541-641-9. <https://doi.org/10.7476/9788575416419>.
 39. Gesser-Edelsburg, A., Shir-Raz, Y., Walter, N., Mordini, E., Dimitriou, D., James, J., & Green, M. (2015). The Public Sphere in Emerging Infectious Disease Communication: Recipient or Active and Vocal Partner? *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 9(4), 447-458. doi:10.1017/dmp.2015.31

40. Silva CRDV, Júnior OGB, Martiniano CS, Uchoa SAC. Comunicação de risco no enfrentamento da COVID-19 no Brasil: uma análise retórica. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 31(2), e310204, 2021
41. Baldwin P. *Fighting the First Wave. Why the Coronavirus Was Tackled so Differently Across the Global*. Cambridge: Cambridge University Press; 2021.
42. Scopinho RA; Roldão JML; Juliani RP; Almeida GP; Souza GR. (2021). "Trabalhar é preciso, viver não é preciso": ideologia e necropolítica na pandemia covid-19. *Revista Psicologia Política*, 2021, 21(51), 390-408. Recuperado em 07 de maio de 2023, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X202100200007&lng=Ççpt&tlng=pt.

Contribuição à literatura

Além do que já foi publicado, este trabalho discute e apresenta perspectivas de atores que transladam informações, conhecimentos e saberes, para suas práticas em saúde, diante de uma pandemia e desordens informacionais.

Contribuição dos autores

Concepção e delineamento do trabalho: DIAS, Ana Paula de Oliveira e SILVA, Eliete Maria.

Redação do manuscrito, revisão crítica do seu conteúdo, participação na discussão dos resultados e aprovação da versão final do manuscrito: DIAS, Ana Paula de Oliveira; UMBELINO-WALKER, Isis Caroline; SILVA, Eliete Maria; CARBOGIM, Fábio da Costa; MARQUES, Dalvani.

5.2 Manuscrito 2

Desafios para Práticas Baseadas em Evidências a partir da pandemia de COVID-19: percepções de profissionais da saúde

Challenges for Evidence-Based Practice from the COVID-19 pandemic: perceptions of health professionals

Desafíos para la Práctica Basada en Evidencia ante la pandemia de COVID-19: percepciones de los profesionales de la salud

DIAS, Ana Paula de Oliveira; SOUSA, Akysa Carina de; UMBELINO-WALKER, Isis; CARBOGIM, Fábio da Costa; MARQUES, Dalvani; SILVA, Eliete Maria

Resumo

Implementar Práticas Baseadas em Evidências (PBE) é desafiador e, no enfrentamento à pandemia da COVID-19, as desordens informacionais impactaram práticas e políticas em saúde. Este estudo qualitativo investigou os desafios enfrentados por profissionais da saúde, em hospital escola do interior de São Paulo, Brasil, na implementação de PBE frente à desordem informacional da COVID-19. Foram realizadas entrevistas semi estruturadas remotamente com 13 profissionais, que prestaram assistência direta a pacientes com COVID-19 e que dispusessem de recursos tecnológicos com acesso à internet, no período de dezembro/2021 a fevereiro/2022, examinadas por meio da análise temática. Identificou-se dificuldades em entender, aderir e acompanhar as atualizações dos protocolos, insatisfação com mudanças na estrutura física e organizacional, falta de diálogo, comunicação e tempo. Sugere-se alternativas, como construção de uma política para comunicação interna e promoção de práticas comunicativas, para auxiliar na formação de uma cultura e ambiente favoráveis à PBE.

Palavras-chave: Prática Clínica Baseada em Evidências; Desinformação; Comunicação; COVID-19; Pessoal de Saúde.

Abstract

Implementing Evidence-Based Practices (EBP) is a challenge and in the face of the COVID-19 pandemic, informational disorders have impacted health practices and policies. This qualitative study investigated the challenges faced by health professionals, in a teaching hospital in the interior of São Paulo, Brazil, in the implementation of EBP in the face of the informational disorder of COVID-19. Semi-structured interviews were carried out remotely with 13 professionals, who provided direct assistance to patients with COVID-19 and who had technological resources with internet access, from December 2021 to February 2022, examined by thematic analysis. Difficulties were identified in understanding, adhering to and following protocol updates, dissatisfaction with changes in the physical and organizational structure, lack of dialogue, communication and time. Alternatives are suggested, such as the construction of a policy for internal communication and the promotion of communicative practices, to assist in the formation of a culture and environment favorable to EBP.

Keywords: Evidence-Based Practice; Disinformation; Communication; COVID-19; Health Personnel.

Resumen

Implementar Prácticas Basadas en Evidencia (PBE) es un desafío y ante la pandemia de COVID-19, los trastornos informacionales han impactado las prácticas y políticas de salud. Este estudio cualitativo investigó los desafíos enfrentados por los profesionales de la salud, en un hospital escuela del interior de São Paulo, Brasil, en la implementación de la PBE frente al desorden informacional de la COVID-19. Se realizaron entrevistas semiestructuradas a distancia a 13 profesionales, que brindaron asistencia directa a pacientes con COVID-19 y que contaron con recursos tecnológicos con acceso a internet, desde diciembre/2021 hasta febrero/2022, examinadas por análisis temático. Se identificaron dificultades en la comprensión, adhesión y seguimiento de las actualizaciones del protocolo, insatisfacción con los cambios en la estructura física y organizacional, falta de diálogo, comunicación y tiempo. Se sugieren alternativas, como la construcción de una política de comunicación interna y la promoción de prácticas comunicativas, para coadyuvar en la formación de una cultura y ambiente favorable a la EBP.

Palabras clave: Práctica Clínica Basada en la Evidencia; Desinformación; Comunicación; COVID-19; Personal de Salud.

1. Introdução

A Prática Baseada em Evidências (PBE) consiste em integrar evidências científicas no cuidado ao paciente/cliente/usuário considerando seus desejos e necessidades, somado à expertise profissional e a realidade do serviço (BARRÍA, 2014). Essa integração não ocorre de forma automática e nem espontânea, demandando esforços para efetiva implementação (MARTÍNEZ-SILVEIRA; SILVA; LAGUARDIA, 2020), o que é relatado na literatura sob a forma de barreiras e será abordado como desafios.

Isso porque, trata-se de um substantivo que provém do verbo desafiar, sua etimologia é do latim “*disfidare*” (“*dis*”-, indica afastamento + “*fides*” que significa “fé, confiança”), “renunciar à própria fé” (ROCHA, 2009). Hoje, utilizado no sentido de convidar e sugerir, foi a palavra escolhida na intenção de promover a ideia de algo que pode (e deve) ser superado, o que não quer dizer que será fácil, contudo possível.

Conforme evidenciaram Balas e Boren (2000), demora cerca de 17 anos para a evidência chegar à prática clínica, o que é influenciado por questões individuais, coletivas, institucionais e culturais. Além disso, evidencia-se um volume cada vez maior de publicações científicas, o que dificulta a atualização e síntese dessas evidências (BASTIAN; GLASZIOU; CHALMERS, 2010).

Logo, para realizar essa integração é necessário utilizar a estratégia de translação do conhecimento, que é um processo ativo e manipulável, que demanda não só atitudes, como também decisões políticas (MARTÍNEZ-SILVEIRA; SILVA; LAGUARDIA, 2020). Assim, a translação está intimamente ligada aos tomadores de decisões, sendo os prestadores de serviços o foco deste estudo.

Consumidores de informações, os profissionais da saúde são atores fundamentais na aplicação e uso dos resultados das pesquisas científicas, contudo, poucas pesquisas têm buscado compreender suas percepções e dificuldades nos trabalhos. Além disso, o ano de 2020 foi marcado pelo desafio mundial de saúde pública, a pandemia da COVID-19.

Ela foi a primeira pandemia a ocorrer na era digital, acarretando diversos desafios a gestores, profissionais e população em geral, ainda mais diante da situação de pós-verdade, crescente movimento negacionista, infodemia e desordem informacional. Paralelamente, havia no Brasil, o embate entre a comunidade científica e o governo federal, como aconteceu com as indicações terapêuticas e as recomendações de distanciamento social (HENRIQUES; VASCONCELOS, 2020), sendo, inclusive, motivo para mudanças de ministros da saúde (FALCÃO; SOUZA, 2021).

Considerada um risco para a saúde pública, agravando a pandemia, a infodemia tem despertado preocupação mundial, e foi definida pela OMS como “um excesso de informações, algumas precisas e outras não, que tornam difícil encontrar fontes idôneas e orientações confiáveis quando se precisa” (OMS, OPAS, 2020, p.2). Nesse turbilhão de

informações, há a desordem informacional, que é o aumento na produção e circulação de informações, principalmente no ambiente digital, abrangendo *misinformation* (informação incorreta), *malinformation* (má informação) e *desinformation* (desinformação) (WARDLE; DERAKHSHAN, 2017).

A distinção dos termos se dá pela intenção da difusão das informações que não condizem com a realidade, o que é importante por considerar a ingenuidade ou maldade do emissor e/ou divulgador da mensagem, sendo interpelado e reconhecido de forma diferenciada e justa (GIORDANI *et al*, 2021). Dessa forma, segundo Wardle e Derakhsan (2017) a informação incorreta seria aquela em que é transmitida uma mensagem incorreta sem uma intenção de dano, já na má informação há uma distorção da verdade com fins maliciosos e a desinformação é quando utiliza-se de informações falsas, visando o dano.

Essas informações convergem com a era-pós-verdade, na qual as decisões passam a ser tomadas a partir de apelos emocionais e crenças pessoais, tendo os fatos objetivos menos influência, de forma que o indivíduo pode escolher sua própria verdade (FALCÃO; SOUZA, 2021). E é nesse contexto, que os movimentos negacionistas têm ganhado força no mundo e no Brasil. Segundo Morel (2021) há diversos tipos de negacionismos que se articulam entre si, como: 1) científico (com movimento antivacina e o terraplanismo, por exemplo); 2) climático; 3) histórico (como negação da ditadura militar no Brasil e o holocausto); 4) do racismo (ancorado no mito da democracia racial) e o mais recente: negacionismo da pandemia.

Com desqualificação e agressão aos cientistas e ao discurso científico, a negação da pandemia recebeu no Brasil fortes aliados, como o ex-presidente da república, diversos porta-vozes do governo federal e até mesmo alguns médicos (MOREL, 2021). Tudo isso pode afetar os processos de tomada de decisões, o que coloca os profissionais da saúde em tripla jornada de trabalho, tendo eles que se prevenir da COVID-19, cuidar dos pacientes e lidar com a desordem informacional.

Assim, objetivou-se com essa pesquisa identificar e compreender os desafios para implementação de PBE, na COVID-19, na percepção dos profissionais da saúde.

2. Método

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória que buscou compreender a desordem informacional no enfrentamento da COVID-19. Os participantes foram trabalhadores da saúde de hospital universitário de um município do estado de São Paulo que atuavam ou já tinham atuado na assistência a pacientes com COVID-19, com vínculo institucional no mínimo de um ano e que dispusessem de recursos tecnológicos com acesso à internet e privacidade para realização da entrevista.

Na primeira etapa da pesquisa, todos os profissionais foram convidados via e-mail institucional, sendo aplicada a técnica *snowball*, que utiliza cadeias de referências. O e-mail continha informações sobre a pesquisa e o endereço de um link para um formulário com questionário sociodemográfico, por meio do qual também foi disponibilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após sinalizar o aceite ao TCLE, os participantes responderam o formulário e colocaram suas preferências e disponibilidades para as entrevistas.

O formulário foi respondido por 20 profissionais. Após o teste piloto, as entrevistas semi-estruturadas foram realizadas pela pesquisadora principal entre dezembro de 2021 a fevereiro de 2022, de forma remota e individual, por meio de videoconferência na plataforma do Google Meet. Durante e após as entrevistas, a pesquisadora principal registrou impressões e tomou notas no diário de campo, registros estes utilizados nas análises.

A amostra final foi composta pela participação de 13 profissionais, já que dois respondentes não contemplavam os critérios de inclusão e cinco não se conectaram para a entrevista agendada. Assim, os participantes foram nove enfermeiros, assistente social, médico, 1 nutricionista e fisioterapeuta. As entrevistas refletiram em quantidade e intensidade as múltiplas dimensões do fenômeno estudado (MINAYO, 2017), sendo o objetivo principal do estudo alcançado, apesar da ocorrência de novas questões acerca do tema, o que demanda outras pesquisas.

Para garantir o anonimato os participantes foram identificados com o número da ordem de realização das entrevistas, seguido pelas iniciais da categoria profissional, como EN para enfermeiro; FI para fisioterapeuta; ME para médico; AS para assistente social e NU para nutricionista. Assim, por exemplo, a terceira entrevista realizada com um enfermeiro, ficou com a identificação 03 EN.

Na segunda etapa da pesquisa as entrevistas gravadas (som e imagem) foram transcritas e lidas de forma flutuante, iniciando-se o processo de análise temática (MINAYO, 2014). Dessa forma, o material pertinente ao objetivo foi selecionado (pré-análise), explorado, codificado, pré-categorizado e categorizado (exploração e análises).

Por fim os resultados obtidos foram tratados, interpretados e analisados, com auxílio do software New NVivo (versão 13), sendo a nuvem de palavras, árvore de palavras, matriz de codificação e referência cruzada as ferramentas utilizadas. Logo, os resultados obtidos foram analisados à luz do referencial teórico do modelo comunicativo em situações de emergência em saúde proposto por Gesser-Edelsburg & colegas (2015) e a ciência da implementação.

Este estudo seguiu as determinações da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012) e seguiu as

orientações de pesquisa em ambiente virtual da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (BRASIL, 2021). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unicamp sob o parecer nº 4.793.334.

3. Resultados e discussão

Do latim “*perspicere*”, que significa “ver através”, a perspectiva dos participantes advém de um contexto em que a pandemia estava vigente e devido a sua longa duração é necessário contextualizar em qual período da pandemia a coleta de dados foi realizada. Trata-se, assim, do período compreendido pelas semanas epidemiológicas de 2021, 49-52, e do ano de 2022, 1-7 (BRASIL, 2021a; BRASIL, 2021b).

Esse período corresponde à “terceira onda” da COVID-19 no Brasil e já estava em curso a vacinação não só para os profissionais da saúde, como também para a população em geral. São Paulo é o Estado mais populoso do Brasil e foi onde houve mais casos notificados e mais mortes por COVID-19 (CONASS, 2023).

Por fim, o perfil dos participantes é apresentado na tabela 1.

Tabela 1- Dados socioeconômicos dos profissionais que participaram da pesquisa

Variáveis	n (%)
Sexo	
Feminino	10 (77)
Masculino	3 (23)
Idade	
30-39 anos	3 (23)
40-49 anos	5 (38)
50-59 anos	4 (31)
60-69 anos	1 (8)
Cidade que reside	
Região Metropolitana de Campinas	9 (69)
Fora da Região Metropolitana de Campinas	4 (31)
Renda familiar	
3-5 salários	1 (8)
5-10 salários	8 (61)
acima de 10 salários	4 (31)
Tempo de experiência	
5-15 anos	2 (15)
15-20 anos	4 (31)
mais de 20 anos	7 (54)
Formação	
instituição privada	9 (69)
instituição pública	4 (31)
Raça	
branco	12 (92)
preto, pardo	1 (8)
Experiência com pesquisa e formação	
participa	1 (8)
especialização	7 (54)
mestrado	2 (15)
doutorado concluído	1 (8)
doutorado em andamento	2 (15)

Fonte: elaboração própria (2023)

Das características socioeconômicas destacam-se aquelas que possuem relação com a expertise do profissional e com o acesso e qualidade das fontes utilizadas, já que são partes importantes a serem levadas em consideração na PBE. Com isso, a idade, o tempo de experiência, a formação e a experiência com pesquisa foram os atributos selecionados para a geração da matriz estrutural. A matriz estrutural, permite dar relevância ao perfil do entrevistado nas narrativas dos temas separadamente, redistribuindo os discursos, facilitando a visualização dos dados e análise (QSR INTERNATIONAL, 2017).

As categorias temáticas que emergiram nas análises dos dados foram: política e relações sociais, subjetividade, comunicação e ciência, Sistema Único de Saúde e processo de trabalho. Neste artigo aprofundaremos a última categoria, na qual serão contemplados a organização do serviço de saúde, comunicação interna, protocolos, rotinas e relações no trabalho.

Assim, com os atributos idade e experiência, nos trechos categorizados na temática processo de trabalho observou-se que quanto maior a idade e o tempo de experiência, maiores foram as chances do profissional se sentir à vontade para criticar a comunicação interna instituída em seu ambiente de trabalho.

Infere-se que isso aconteceu devido a habilidade de fazer críticas ser sustentada por uma base sólida de conhecimento e experiência, ou seja, com o tempo de experiência vem a habilidade de agir reflexivamente, pela reflexão crítica do trabalho diário (COSTA; SANTOS; COSTA, 2021).

A comunicação no ambiente hospitalar visa facilitar e assegurar a circulação de informações em todos os níveis e pode ser eletrônica, verbal ou escrita. Fundamental para melhoria nos serviços e cuidados em saúde, a comunicação efetiva é uma das metas de segurança do paciente (BRASIL, 2013). Nesse âmbito, algumas estratégias utilizadas pela instituição foram ineficazes ou possuem pontos de melhoria.

E aí eles fizeram um mural na saída do hospital, colocaram lá o mural, mas ninguém olhava aquele mural. Eu tenho a impressão que até hoje ninguém olha aquele mural, sabe? (10 NU)

A gente deveria receber boletins assim, no nosso e-mail oficial, acho que no mínimo semanais com orientações a respeito de normas novas da COVID, o que não acontece. A gente recebe algumas poucas informações, ocasionais e ligadas principalmente a critérios funcionais, não a critérios profissionais. (...) mas eu não recebo informações da instituição de como eu devo lidar com a doença em si com os pacientes. Então, a gente não tem essa fonte oficial da universidade, eu acho que é uma falta. (11 ME)

Clássico da comunicação interna, os murais são muito utilizados devido ao seu baixo custo e por permitirem difundir todo o tipo de informações. Porém, observa-se pela fala do participante sua provável ineficácia. Corroborando com esse resultado, Oliveira de Carvalho *et al.* (2021) apontam em estudo sobre a comunicação interna em hospital universitário a baixa preferência (2%) e eficácia dos murais, ao passo que os comunicados e boletins via e-mail institucional corresponderam a mais de 70% dos acessos e interesse dos profissionais participantes.

Porém, de acordo com o segundo trecho, o e-mail institucional deveria ser também meio de propagação de informações práticas para o manejo de pacientes com COVID-19, informações que podem ser encontradas nos protocolos institucionais. Ressalta-se a interessante proposta de integração do hospital com a universidade, uma vez que trata-se

de hospital de ensino, sendo possível e recomendada adoção de outras estratégias e meios comunicacionais (OLIVEIRA DE CARVALHO *et al*, 2021). Na instituição essa integração aconteceu com os graduandos de enfermagem e medicina, por meio de projetos de extensão de teleatendimento para orientações e participação nas campanhas de vacinação.

O protocolo é um instrumento de padronização das condutas, procedimentos clínicos e fluxos de cuidado na instituição, e pode auxiliar na gestão do conhecimento e na organização das ações e serviços de saúde, possuindo, normalmente, fundamentação teórica científica, além de seguir diretrizes nacionais e internacionais de saúde (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

Eles podem ser clínicos/assistenciais ou de organização dos serviços e são demandados por gestores e profissionais de saúde, buscando atender às necessidades assistenciais e gerenciais da instituição (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009). No decorrer da pandemia, “protocolos foram publicados e atualizados, tanto para proteger a saúde dos profissionais da saúde quanto para mitigar a disseminação do novo coronavírus” (ASSUNÇÃO *et al*, 2021, p.2).

Esses protocolos orientaram as práticas de saúde e foram sendo atualizados conforme surgiam evidências científicas. Porém, nem todas as populações foram inicialmente atendidas, como o caso das crianças, para as quais a falta de protocolos clínicos/assistenciais específicos gerou insegurança na prática assistencial pediátrica nos casos de COVID-19.

Ah! Era mais assim, quando surgia alguma dúvida, assim, com relação... porque na verdade, a gente não teve protocolos tão definidos igual [no] adulto. Então, por exemplo, vai pronar? Não vai pronar? Vai usar dexta? Corticóide, enoxaparina? A gente não teve assim, um protocolo a ser seguido. Então muitas vezes, mesmo a criança que internou com quadro de COVID e era respiratório, né? Que nem foi as outras que eu comentei, a gente tratou muito parecido com o que a gente estava acostumada a fazer com as crianças que internavam com bronquiolite. (04 EN)

Contudo, embora o hospital no início da pandemia se direcionava aos cuidados e manejos clínicos para a população adulta, a Sociedade de Pediatria do estado de São Paulo, antes mesmo da primeira confirmação de COVID-19 no Brasil, já havia publicado em seu site as principais informações sobre a doença, que estavam disponíveis até o momento, com destaque para ausência de ocorrência da doença em pessoas menores de 15 anos (ALMEIDA *et al*, 2020).

Em março de 2020, a sociedade publicou atualizações científicas sobre a doença na população pediátrica e destacou que o foco da pandemia era a população idosa e adulta. Já em maio do mesmo ano, publicou recomendação de manejo clínico para essa população (SPSP, 2023). Além disso, os conselhos profissionais de saúde “foram muito atuantes na

atualização de notícias, na iniciativa de capacitações e nas informações de proteção ao vírus de interesse geral” (DELDUQUE, 2021, p.81).

As atualizações foram constantes, sendo difícil prestar assistência de qualidade e baseada em evidências ao mesmo tempo em que os protocolos eram elaborados e atualizados, além da dificuldade em compreender e assimilar as informações, o que demanda habilidades e tempo.

Fiquei alguns meses na enfermaria e foi um período bem difícil, porque foi bem no comecinho quando explodiu [a pandemia] e aí a gente não sabia nada sobre a doença ainda. A gente não sabia, a gente foi montando o protocolo com os pacientes ali e era uma coisa horrível porque era 3, 4, intubações por dia e um posto e era sempre eu, né? (08 EN)

Na realidade, era mesmo realmente muito serviço, era ali que eu tinha as maiores informações, apesar de serem confusas também no começo, né? Porque começou assim: é máscara, não precisa, máscara precisa, máscara não precisa, máscara precisa, ficou assim, aí vai [risos] (...) no começo, ninguém tinha nenhuma certeza no caso de nada, né? Sabia que era uma coisa fatal para quem tinha muitas comorbidades, né? Como foi, né? E você, ver como que ia funcionar. Agora já mudou tudo de novo, né? Mas a maioria das informações foram no dia a dia, no serviço mesmo. (09 EN)

Pelas afirmativas foi evidenciada a falta de conhecimento e evidências no início da pandemia, gerando uma sobrecarga do profissional que sabe e/ou possui a segurança de prestar determinado tipo de cuidado, assim como a falta de compreensão das informações, sendo elas consideradas confusas. Por outro lado é mostrada a importância da comunicação interna na instituição, haja vista, que parte das informações que o profissional dispunha vinham da instituição, por meio de boletins e protocolos.

Porém os protocolos, as orientações e informações que circulavam entre os profissionais tiveram que ser atualizados e mudados constantemente devido ao caráter efêmero das informações sobre a doença.

Porque como a ANVISA, praticamente a cada 15 dias, soltava uma nova norma técnica com relação principalmente aos EPIs, principalmente naquele começo, lá em 2020, né? (02 EN)

E depois viram que tinham que afastar o povo, né? Não podia mais ficar acompanhante... (07 EN)

Isso demandou atualização contínua, tanto por parte dos gestores, quanto dos profissionais da assistência, ainda, há a dificuldade dos profissionais em confiar nas informações difundidas, o que é influenciado por fatores externos como crenças religiosas, culturais, ideologias, valores, posição política, dentre outros, colocando em questão até mesmo abordagens científicas (ROCHA; SANTOS, 2021).

Assim, destacam-se trechos que apresentam negação da gravidade da doença, hesitação vacinal e defesa do uso de tratamento sem comprovação científica, narrativas essas que foram endossadas pelo presidente da república do período.

Muitas famílias tiveram pelo menos uma perda, né? E se também, se não foi de COVID, entrou na área, acabou sendo também, né? Aconteceu bastante porque eu convivi lá, né? Que elas... quando é suspeito você entra, se você morre ali no suspeito você é considerado [COVID positivo], né? E muitas vezes não era, né? (...) fui tomar a vacina porque eu fui obrigada depois de não sei quanto, mais de um ano trabalhando, que está lá até hoje, inteiramente na moléstia infecciosa, que foi um dos setores que ficou mais assim 100% dos [casos de] COVID, mesmo quando acabou estava voltando agora normal, mas tudo que é internava era ali, né? (09 EN)

Na época da vacina, você não faz ideia, porque eu era a responsável por encaminhar, dia a dia, as pessoas da minha equipe que tinham sido vacinadas ou não. E tinha dois mil e quinhentos, tinha umas 30 pessoas que eu quase tive que pegar no laço pra vacinar, você não faz ideia. E aí, eu tive que chegar no “tetê a tetê”, pra conversar: olha, você precisa vacinar. “Não. Você não pode me obrigar a vacinar” [respondia o profissional]. (02 EN)

Porque nós da saúde, nós podemos disseminar isso, né? A gente tem lá, técnico de enfermagem que tem um conhecimento, que tem coragem de falar pra gente da cloroquina. Quer dizer, você está ali dentro, você está trabalhando com isso, você sabe que isso não existe, não vai ajudar, né? (06 AS)

No contexto pandêmico, o desafio do negacionismo se torna ainda maior, já que a infodemia com milhares de desordens informacionais dificulta o acesso a fontes confiáveis, deixando o profissional de saúde mais vulnerável (OPAS, OMS, 2020). A preferência política também interferiu no conhecimento (GRAMACHO *et al*, 2021), influenciando comportamentos que dificultam o controle da pandemia, como a adesão à vacinação.

Assim, na pandemia da COVID-19, os profissionais da saúde tiveram tripla carga de trabalho: se proteger da doença, cuidar dos pacientes internados e lidar com a desordem informacional. Para todas essas atividades, mas em especial para essa última, é essencial ter uma comunicação de risco eficaz.

De acordo com Gesser-Edelsburg *et al* (2015) na comunicação de risco é necessário ter uma coordenação da informação, de forma a seguir uma só narrativa, não causando confusão, porém, na pandemia da COVID-19 no Brasil, isso não aconteceu. E essa falta de coordenação de informações, interferiu no gerenciamento de informações relevantes e precisas, prejudicando a segurança do paciente e interferindo nas práticas de saúde (FARIAS, SANTOS; GÓIS, 2018).

Em âmbito institucional, infere-se que os protocolos, ao padronizarem as ações e fluxos e se baseando nas melhores evidências científicas disponíveis, combatem, de certa forma, esses problemas informacionais (PÜSCHEL *et al*, 2022). Além disso, é importante

que os protocolos não engessem a comunicação interna, sendo necessário promover o diálogo e a reflexão das práticas de saúde.

Assim, alguns profissionais apresentaram resistência e questionamentos, com base em suas experiências, suposições, conhecimento sobre o contágio da doença e valores de humanização.

Aí veio um enfermeiro da CCIH [Comissão de Controle de Infecção Hospitalar] na determinada data, eu enquanto enfermeiro do serviço, eu perguntei para ele, eu falei assim: “[nome suprimido], se eu estou em uma enfermaria de COVID, eu posso entrar com máscara comum e atender os pacientes nesse contexto, no caso suspeito de COVID? Ele falou assim: “Lógico que não. Você tem que seguir toda a recomendação de paramentação.” Falei assim: Então como você me justifica que a colega está trabalhando aqui, o marido dela positivou e ninguém quer colher o teste dela para ver se ela positivou ou não? Isso foi uma das formas de disseminação sustentada da COVID na minha enfermaria. Eu imagino, não posso afirmar. (03 EN)

Se eu atendo um paciente, uso uma máscara com o paciente COVID positivo, me paramento todo. Toda a paramentação reutilizável tem que ser adequadamente desinfetada e o que for descartável tem que ser jogado fora e a N95 pra mim é uma coisa, agora, descartável. Eu não tenho coragem de utilizar uma N95, colocar no envelope pardo e guardar pra usar de novo. Se eu atender um paciente com COVID e a orientação que a gente tem é reutilizar, é guardar, eu acho que isso é... eu não concordo com isso. (11 ME)

Só quem podia pedir o teste do acompanhante era a CCIH, era o povo do dia e tal, então, aí chegava à noite, né? A gente tinha o contato, mas levava um tempo, além do que, chegava feriado, final de semana, não tem laboratório. Então, começou acontecer o seguinte: internar na sexta-feira à noite e a gente ficava segurando essa pessoa ao lado da criança provisoriamente, né? Dentro, não podia sair, tinha que usar o banheiro lá dentro e tal, sexta, sábado e domingo. Pô, você ficar 3 dias lá dentro da UTI é um pé no saco. Então, a gente achava isso desumano, nós começamos a questionar, principalmente o noturno, pô, esse grupo de humanismo aí, de humanidade [referindo-se ao grupo de humanização existente na instituição, na lógica da Política Nacional de Humanização], fica fazendo esse trabalho teórico mas, na prática, isso daí não funciona, entendeu? Ah mas tem que deixar lá, tem que falar pra mãe ir embora, se a mãe for embora legal, né? Porque nós temos condições e estrutura ainda formatada pra isso, mas se ela não for embora, ela tem que ficar na beira do leito, na cadeirinha azul que é uma cadeirinha comum. (07 EN)

Na primeira consideração, a comunicação estabelecida entre o “enfermeiro do serviço” e o “enfermeiro da CCIH”, apesar de serem da mesma categoria profissional, não parece ser simétrica, ficando clara a intenção de promover uma prática regulada por normas. Segundo o relato, o “enfermeiro do serviço” faz uma pergunta pontual sobre o uso de máscaras, e o “enfermeiro da CCIH” responde sobre o dever de seguir toda a recomendação, ele não responde de forma objetiva à dúvida, mas dá uma resposta genérica que poderia se aplicar a outros Equipamentos de Proteção Individual (EPI's), abdicando de uma oportunidade de comunicação dialógica.

Por outro lado, a perspectiva do “enfermeiro do serviço” ao optar pelo verbo “justificar” ao invés de “explicar”, passa a ideia de que ele quer uma explicação de algo que ele já tem o julgamento e, ao que parece, o conhecimento de ser algo errado, inadequado (RIBEIRO, 2018). Ele não quer apenas uma resposta, ele quer uma justificativa.

Esse entendimento é necessário para que o profissional não apenas acate às normas estabelecidas na instituição, mas entenda as razões para, o que é muito valoroso, considerando o trabalho em saúde centrado no trabalho-vivo em ato, em que o agir, em sua micropolítica, traz à tona as tensões “autonomia versus controle” (MERHY, 2002).

Autonomia essa, que está presente no agir do profissional, que apesar de orientado sobre o uso da máscara N95, opta por agir conforme sua opinião, uma vez que não concorda com as orientações. Ao que tudo indica, essa autonomia foi possível devido à posse de um saber específico. Contudo, infere-se também que ela acontece por se tratar de um profissional da categoria médica, cuja autonomia é respaldada pelo Código de Ética Médica (CFM, 2019), aceita socialmente e dentro das organizações de saúde, ao contrário de outras profissões como a Enfermagem, Fisioterapia e Terapia Ocupacional que encontram resistências para exercê-la em suas práticas (COSTA; SANTOS; COSTA, 2021; PRATI, 2016). Ainda, é importante frisar que os protocolos não anulam a autonomia profissional, de forma que o seu uso é responsabilidade individual (PIMENTA *et al*, 2015).

Por outro lado, a fala do participante 07 EN demonstra uma outra forma de discurso, no qual é expressa a opinião de um grupo, que discorda, questiona e clama por uma mudança com base em valor pessoal, mas também, acredita-se, que institucional, de humanização.

Mas afinal de contas, a teoria deve se “adequar” à prática, ou a prática que deve se “adequar” à teoria? A teoria não deve se adequar à prática, mas sim partir da prática, levando em consideração as particularidades e demandas da realidade em que se vive. A ciência, porta voz da teoria, tem sua origem no esforço de proteger e melhorar a vida humana em sua luta com a natureza, satisfazendo necessidades sociais, possuindo um valor social. Assim, a ciência pode ser compreendida como atividade humana socialmente construída, tornando-se uma força política e econômica capaz de promover o progresso (ou regresso) da sociedade (MARCUSE, 2009).

Por outro lado, para a efetivação da translação do conhecimento, têm sido desenvolvidas pesquisas na área da Ciência da Implementação, que estudam métodos que implementam evidências científicas nas práticas em saúde. Dessa forma, não é que a prática deva se adequar à teoria, mas sim, deve haver um movimento de aproximação e incorporação dessas teorias, que se apresentam sob a forma de evidências nas práticas em saúde (BUENO, 2021).

Entretanto, existem dificuldades para a implementação das PBE, como barreiras pessoais (linguística, cultural, ideológica, desconhecimento da PBE e processos científicos), organizacionais (falta de recursos, estrutura física, cultura institucional, problemas com liderança e comunicação), formação dos profissionais da saúde, sobrecarga de trabalho, insatisfação, dentre outros (GALVÃO; SAWADA, 2003; SCHNEIDER; PEREIRA; FERRAZ, 2018). Contudo, evidencia-se que as principais barreiras estão associadas a fatores institucionais (BERTHELSEN; HØLGE-HAZELTON, 2021; JABONETE; ROXAS, 2022).

Assim, acredita-se que não basta ter protocolos atualizados e embasados no que há de mais novo de evidências científicas, já que mesmo com elaboração de protocolos e realização de treinamentos, é possível identificar, dificuldades em implementar o que foi recomendado e encontra-se nos protocolos institucionais, como por exemplo para o procedimento de intubação, como é retratado a seguir:

Uma vez teve uma criança que era positivo para COVID, aí foram três tentativas de intubação, chegou na terceira, falei: Viu? Não é assim. É quem que intuba bem? Quem intuba bem que tem que vir intubar. Não pode ser três tentativas, é uma. [risos] Aí, todo mundo ficou emburrado comigo, né? Eu falei: O quê, que a gente aprendeu de treinamento? A gente fez treinamento de intubação, em pediatria. (04 EN)

Segundo Jabonete e Roxas (2022), a principal barreira para a utilização da pesquisa em enfermagem foi a falta de tempo, tanto para implementar, quanto para leitura das evidências, o que também, foi expresso no trecho que se segue:

Então tinha aquele [gestos com as mãos] para entrar na unidade, a gente parecia lunáticos assim, né? Cheio de apetrechos e medos também, insegurança, medo. Então para entrar demorava assim, uma hora pra gente se paramentar e seguir todo o protocolo. Não tinha um esquema muito definido, né? (...) E não existia um protocolo com relação a esse controle, controle tipo se tem por exemplo, quadro respiratório como a gente tem hoje, as coisas vão se definindo com o tempo. (...) E a gente teve esse "boom" da paramentação, de como acessar o interior da unidade, aquele protocolo meio complicado porque cada um fala uma coisa. (7 EN)

Evidenciou-se que as ações assistenciais cotidianas dificultam a disposição de tempo para leitura, compreensão e reflexão das práticas e evidências em saúde, o que precede a PBE.

Mas dentro da unidade assim, os residentes têm muita visita, né? Eles discutem casos, discutem artigo, mas, a enfermagem de verdade, (sinal negativo com a cabeça) a gente não teve isso não. A gente não parou pra sentar, pra ler um artigo, pra estudar, ali em grupo, né? (...) Eu acho que assim, talvez porque como é a enfermagem que toca as unidades (risos), aí a gente não consegue parar tanto pra estudar nesse sentido, sabe? De chegar e levar um artigo, ler e discutir com a equipe técnica, discutir, né? Com a enfermagem, enfim. Já os médicos, né? Como não são eles que tocam (risos) o barco, então eles conseguem sair e ficar por duas, três, quatro horas conversando, e discutindo sobre atualizações, né? Que a gente ali, da equipe técnica e enfermeiro não consegue, de verdade. Não é má vontade, mas a gente não consegue, porque o monitor continua apitando, a UTI tá cheia, tem que, né? Banho, medicação de duas em duas, né? (04 EN)

Esse trecho é extremamente rico e possibilita diversas reflexões não só pelo dito, mas também pelo não dito. Destaca-se que o relato parte de um profissional da Enfermagem, que foi a profissão que mais sofreu perdas pela COVID-19 no mundo e no Brasil, desempenhou e continua desempenhando papel fundamental na pandemia, não só na assistência propriamente dita, mas também por meio de ações de promoção à saúde, prevenção e educação de forma holística e integral (SPAGNOL *et al*, 2020).

Salienta-se que a relação entre o conhecimento teórico e a prática, possui não só a dimensão tecnológica, que se daria pelo acesso à evidência científica, mas também a racionalidade da práxis e da arte. De forma que, a razão tecnológica parte do pressuposto que o trabalho e as práticas humanas seriam regulados pelo saber acumulado previamente, já a razão da práxis possui como objetivo agregar algum valor ao ser humano ou à sociedade, sendo necessárias reflexão e criatividade para aplicar o saber prévio. A arte, por sua vez, tem como objetivo valores estéticos demandando liberdade na relação com o conhecimento e os padrões instituídos. Assim, sendo a saúde um campo de práticas técnicas e sociais, abarcando as dimensões tecnológicas, a racionalidade da práxis e da arte, tem-se a necessidade de uma racionalidade na qual o modo como as pessoas adquirem e empregam tal saber seja compreendido e considerado, não sendo suficiente apenas a posse do conhecimento em si (CAMPOS, 2011).

Dessa forma, é interessante, tendo em vista a implementação de PBE, buscar entender o comportamento dos profissionais da saúde que está sujeito a influência de fatores ambientais, biológicos, psicológicos e sociais, havendo relação direta com a comunicação estabelecida em suas relações interpessoais e até mesmo nas fontes de informação utilizadas por eles. Considerando os fatores ambientais, destaca-se a dificuldade para motivar diante da sobrecarga e exaustão dos profissionais que estavam no enfrentamento à COVID-19.

Eu acho que hoje nós temos bastante tecnologia, acho que nós temos uma tecnologia que permite o acesso a informação, só que nós temos dois pontos, a informação está disponível, mas será que eu enquanto profissional, realmente eu tenho interesse em acessar essa fonte ou será que eu estou tão cansada, tão exausta que eu quero levar minha visão para outra coisa? Porque eu diria que hoje o profissional, ele está exausto, ele está exausto. A gente saiu de curvas, e curvas, e curvas, né? Daquela montanha-russa, e sobe e agora acalmou e eu acho que agora vai, não, não vai, voltou. Então assim, as pessoas querem sair, as pessoas querem viajar, as pessoas não aguentam mais fazer hora extra. (13 EN)

A sobrecarga e exaustão compromete não só o interesse e a disponibilidade de tempo e energia para busca de evidências científicas, leitura e reflexão, como também afeta a saúde do trabalhador, sobretudo a saúde mental. Segundo Teixeira et al. (2020) a pandemia da COVID-19 impactou a saúde dos profissionais dado o medo de se contaminar e contaminar seus familiares, o estresse, a sobrecarga de trabalho, angústia, sintomas de ansiedade, depressão, perda da qualidade do sono, aumento do uso de drogas e outros sintomas de sofrimento psíquico. Destaca-se, ainda, a referida ausência de diálogos e reflexões, o que poderia amenizar dores e incômodos.

Nunca conversei com outros profissionais sobre isso. Acho que a gente não fez um fechamento sobre a pandemia (risos), a gente só foi trabalhando, sabe? A gente não se reuniu pra fazer um fechamento e falar: Aí, o que você pensou disso? Como foi pra você? Como que está sendo? Não, a gente não pensou nisso, é uma coisa interessante... fazer um feedback, um debriefing. Num pós pandêmico, né? Pós pandemia, né? A gente não fez isso... Seria interessante mesmo... Seria... (04 EN)

A gente, assim, não tem tido muito tempo nesses dois anos de conversar sobre as coisas. Então assim, quando a gente conversa, são os problemas que estão acontecendo que você tem que resolver na hora, né? (10 NU)

A desordem informacional pode impactar na saúde mental e bem estar dos profissionais da saúde, podendo estar associado, a angústia, ansiedade e diminuir os níveis de satisfação no trabalho e na vida (CHEN et al, 2020).

A matriz estrutural evidenciou maior envolvimento com a área acadêmica daqueles profissionais que eram mais jovens e com menos tempo de trabalho, com mestrado e doutorado, concluídos e em curso.

Outro aspecto é que observa-se que os profissionais que ocupam cargos de gestão, possuem experiência de 10 a 15 anos, há mais de 20 anos e com idades de 30 a 39 anos e 50 a 59 anos.

Pauta frequente entre os gestores, a falta de recursos humanos, configura-se em um grande desafio para a PBE, uma vez que acarreta na sobrecarga dos profissionais dificultando assim, a leitura, reflexão e aplicação de evidências em seus processos de trabalho. Além disso, houve pedidos de aposentadoria, afastamentos de profissionais que se contaminaram e que se encontravam no grupo de risco.

Eu tive, umas duas semanas atrás, 11 afastamentos de funcionários, inclusive eu tive que ir lá no hospital, era um sábado que a gente recebe as listagens, né? Eu fiquei apavorada, porque eu falei que não vai ter gente para trabalhar... (10 NU)

Porque a gente vê que falta e a gente tá recebendo muitos profissionais jovens, né? Que estão fora do mercado, porque a gente tá com uma demanda e com déficit de funcionários de novo, né? Desde o início da pandemia, né? Já tinha um déficit que piorou um pouco porque você tem os funcionários afastados. (05 EN)

Nota-se que não só o déficit de profissionais foi um problema como a inserção de profissionais novos e/ou que estavam fora do mercado de trabalho. O que corrobora com o relato de experiência em um hospital estadual de grande porte no Ceará, onde os participantes relataram a presença de profissionais sem experiência e recém-formados como um dificultador, assim como a falta de tempo e recursos humanos para realização de treinamentos e acompanhamento nos setores (CUSTÓDIO; GOMES; ALVES, 2021).

Durante a pandemia houve muitos contratos emergenciais, sendo necessárias “adaptações e inovações nos processos na área de recrutamento, seleção, integração, admissão e de capacitação profissional propriamente dita.” (COREN-SP, 2021, p.29). Logo, a capacitação e ambientação do novo profissional ocorreu, a depender da fase da pandemia, de forma rápida e superficial, deixando o profissional despreparado para atuar, ainda mais diante de uma nova doença. Isso foi potencializado pelos fatores advindos da própria pandemia, como a sobrecarga de trabalho, limitação de recursos e estrutura física inadequada (PAZ *et al*, 2022).

Houve necessidade de adaptações físicas para criação e ampliação de leitos de UTI, o que gerou estresse para os profissionais que estavam na gestão e na assistência. Porém, algumas mudanças não agradaram muito, dificultando inclusive o trabalho e a visibilidade dos profissionais, como aconteceu na reforma da UTI pediátrica.

Nós tivemos uma série de problemas, entre eles dois únicos isolamentos, nós temos 20 leitos e os 2 únicos isolamentos, que além de ser isolamento, eles ficam totalmente afastados, sem visibilidade sendo então a pessoa que assume, ela fica sem uma conexão direta, pelo menos visível com a parte do posto, da enfermaria. E ao mesmo tempo, com a pandemia e com o aumento de internações que está acontecendo muito agora do segundo semestre para cá, né? De casos confirmados, a gente não tem isolamento, então praticamente tem senha para entrar, entendeu? (07 EN)

Não só o ambiente mudou como também a diretoria do hospital, o reitor da universidade e a organização das enfermarias, que antes seguia o formato por

especialidades. Essas mudanças ocorreram respectivamente em março de 2020, abril de 2021 e a parceria com o *Lean Institute Brasil* iniciou-se em 2019.

O *Lean* é uma filosofia de gestão com abrangência internacional que se inspira em práticas e resultados do Sistema Toyota. Em 2020 implantou-se na instituição o “Lean nas emergências” com o objetivo de reduzir a superlotação nas urgências e emergências (LINO *et al*, 2022) e em abril de 2020 foi instituída a “Gestão Integrada de Leitos e Agendamentos” como estratégia para gerenciamento dos leitos do hospital. E foram essas as mudanças que mais impactaram nos processos e organização do trabalho, gerando insatisfação por parte de alguns profissionais e conflitos entre os docentes, profissionais e gestão.

Durante o período de COVID, a assistência do [nome da instituição suprimido] passou por várias modificações a nível assistencial e estrutural. (...) Então teve várias mudanças a nível de estrutura física, a nível de processo de trabalho e recursos humanos. Isso gerou uma insatisfação tremenda em todas as equipes. (03 EN)

Eu me senti fora da minha rotina totalmente, né? Não só eu não, o hospital inteiro, porque teve uma reformulação, mudanças de andares, mudança de especialidades e... tira o pessoal que tinha alguma comorbidade. Muita gente com medo, muito medo. Então, isso influenciou muito, foi muito estressante no começo da pandemia. E até hoje não está ainda confortável porque nós não temos desde que isso se instalou em nossas vidas, a gente não tem um conforto de segurança de trabalho, de vou voltar à rotina, né? (...) Nós não temos mais características de lugares, de enfermarias, de especialidades que queira ou não apesar de não ser esse objetivo da [nome suprimido], mas é quando a gente entra lá, a gente entra num lugar e fica. Aí você, por mais que você não faça alguma especialização na área, relacionado aquilo mas a própria experiência do dia a dia, ou os pequenos estudos que tem, você fica mais, né? É... enfim, tem a enfermaria, tem conhecimento da especialidade, como conduzir melhor as coisas, né? A rotina é bem mais fácil de você trabalhar, né? Então isso acabou, misturou tudo. (09 EN)

A sobrecarga de mudanças no ambiente de trabalho também é um desafio para a incorporação de PBE, visto que ela leva a um aumento do estresse e da ansiedade do profissional (SEKYIA, da LUZ, 2010). Além disso, insatisfações podem dificultar a implantação de PBE, uma vez que afeta a qualidade dos cuidados de saúde, a segurança do paciente, eficácia no trabalho, produtividade e está também relacionado à autonomia para tomar decisões (CHEN; RAMALHAL; LUCAS, 2019).

Por fim, considerando o item “melhor evidência científica disponível” da equação da PBE, elaborou-se uma matriz estrutural com os atributos formação e experiência com pesquisa, nos trechos pertencentes à temática comunicação e ciência. Observou-se que quanto maior é a experiência do profissional com pesquisa, mais critérios para avaliar os artigos científicos foram citados. Diferentes “tipos de estudo” foram citados como uma forma

de obter informações confiáveis, sendo mencionadas as revisões sistemáticas, estudos duplo cegos e multicêntricos.

Porém, os profissionais relataram dificuldade em buscar artigos científicos, o que demanda conhecimentos específicos, o que foi proporcionado muitas vezes por meio da formação em mestrado e/ou doutorado.

Aí você digita lá no Google qualquer besteira, o Google vai lá e joga um monte de coisa. Você vai entrar numa PubMed, para fazer uma pesquisa, você sabe, só Deus na causa, né? (risos) Você tem que ir lá da biblioteca, ter uma aula com a bibliotecária, né? Pra ela poder te ensinar como fazer a busca, quando não é ela mesmo que vai lá e faz a busca, não é? (02 EN)

Eu costumo procurar na base de dados, né? Como eu já tenho essa vivência acadêmica, então é onde eu costumo procurar e encontro, né? Agora pros outros profissionais já não é tão simples, né? Quem não tem essa vivência que eu tenho, é um pouco mais difícil. (08 EN)

Observa-se que no começo da pandemia tudo era muito incerto e haviam poucas evidências científicas, de forma que profissionais se informaram pelas mídias tradicionais, o que corrobora com os estudos de Gesser-Edelsburg e Walter (2014) no que se diz respeito ao comportamento de busca de informação dos trabalhadores da saúde, que a medida que aumenta o risco, se assemelha ao comportamento da população geral.

A gente se pautava no que a gente via na mídia. As informações chegavam? Chegavam, mas era desconhecido até mesmo para aquelas pessoas que estavam na linha de frente, então para os médicos, para os profissionais, para a vigilância. (06 AS)

Por outro lado, no decorrer da pandemia muitos artigos foram publicados, inclusive sem avaliação por pares, os chamados *preprints*, possibilitando a divulgação de pesquisas relevantes em tempo recorde, mas também de má pesquisa, podendo aumentar a desconfiança da ciência. Além disso, a divulgação científica tem utilizado de outros formatos, como por exemplo podcast (FIGUEIRA; BEVILAQUA, 2022), o que mostra que as tecnologias da informação e comunicação tem criado novas formas de se comunicar e informar.

Aponta-se ainda para o papel da infodemia no desânimo dos profissionais em buscarem informações e se manterem atualizados.

Pra dizer a verdade eu não... não... eu praticamente até parei de pesquisar, porque você fica cansada, que são muitas informações. (09 EN)

Os aspectos científicos das evidências são extremamente importantes e auxiliam na avaliação da qualidade da informação, porém diante da infodemia, destaca-se a relevância

de não só avaliar e ler criticamente as evidências científicas como escolher fontes de informações confiáveis, de forma a usá-las, ter acesso à melhor evidência científica disponível a fim de driblar desordens informacionais (GONÇALVES; BARBOSA, 2023).

4. Considerações finais

Os principais desafios na perspectiva dos profissionais da instituição para implementação de práticas baseadas em evidências durante a pandemia da COVID-19 foram: comunicação interna ineficaz, sobrecarga do profissional que sabe, caráter efêmero das informações sobre a doença e falta de tempo.

Evidenciou-se também que para os profissionais, há ausência de informações práticas e dificuldade em motivar frente à sobrecarga e exaustão, constatou-se a existência de profissionais negacionistas, o que dificulta a aceitação e confiança na evidência, gerando um distanciamento maior entre a prática e as evidências científicas. Ademais, o suporte organizacional da instituição apresenta desafios como a falta e/ou inexperiência dos trabalhadores e mudanças administrativas, organizacionais e físicas.

Conclui-se que diversos são os desafios para a implementação de PBE na instituição estudada, contudo esses desafios podem ser superados, objetivando-se a melhoria da prestação de cuidados em saúde. Alternativas como realização de educação permanente para os profissionais sobre alfabetização/literacia em saúde, científica, digital e informacional, por exemplo, construção de uma política para comunicação interna na instituição, integrando melhoria e adaptações das estratégias comunicacionais, envolvendo novas tecnologias e meios de comunicação, promover práticas comunicativas com os trabalhadores, desenvolver cultura e clima institucional favorável à implementação de PBE, envolver a universidade nos processos educativos, promover a autonomia de profissionais não-médicos, dentre outros.

Sabe-se que a temática não se esgota nesta pesquisa, havendo diversas possibilidades de abordagens não só na instituição, como em outros serviços de saúde. Assim, recomenda-se realização de estudos acerca dos valores informacionais das fontes utilizadas pelos profissionais, pesquisas multidisciplinares (abarcando ciência da informação, biblioteconomia, comunicação social, psicologia, educação, dentre outros) com foco em estratégias para combater desordens informacionais e implementar PBE, mesmo em contextos de crise.

Aponta-se como limitação da pesquisa a ausência de triangulação de dados, o contexto pandêmico e diversidade de olhares, com outros profissionais da saúde no processo de análise. Além disso, há as limitações próprias da pesquisa qualitativa como a impossibilidade de generalizações, sendo os resultados contextuais e por vezes subjetivos.

5. Referências

ASSUNÇÃO, AÁ et al.. COVID-19: estudo de protocolos de proteção individual para profissionais da saúde. **Rev bras saúde ocup** [Internet]. 2021;46:e32. Available from: <https://doi.org/10.1590/2317-6369000042120>

BALAS, Andrew; BOREN, Suzanne Austin. Managing clinical knowledge for health care improvement. **Yearbook of medical informatics** 9 (01), 65-70, 2000. Disponível em: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/pdf/10.1055/s-0038-1637943.pdf>
Acesso em: 13 maio 2023.

BARRÍA R. Maurício P.. Implementing evidence-based practice: a challenge for the nursing practice. **Invest Educ Enferm**. 2014;32(2):191-3. English, Spanish. doi: 10.17533/udea.iee.v32n2a01. PMID: 25230028. Acesso em: 15 set. 2022.

BASTIAN Hilda; GLASZIOU Paul; CHALMERS Iain. Seventy-Five Trials and Eleven Systematic Reviews a Day: How Will We Ever Keep Up? **PLoS Med** 7(9), 2010: e1000326. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000326>

BERTHELSEN, C; HØLGE-HAZELTON, B. The Importance of Context and Organization Culture in the Understanding of Nurses' Barriers Against Research Utilization: A Systematic Review. **Worldviews on Evidence-Based Nursing**, 2021 ,18: 111-117. <https://doi.org/10.1111/wvn.12488>

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012**. Brasília: CNS; 2012.

__. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). **Calendário Epidemiológico 2021**. Última atualização 04 jan 2021a. Disponível em: <http://www.portalsinan.saude.gov.br/calendario-epidemiologico/43-institucional/171-calendario-epidemiologico-2021>. Acesso em: 11 abril 2023.

__. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). **Calendário Epidemiológico 2021**. Última atualização 30 dez. 2021b. Disponível em: <http://www.portalsinan.saude.gov.br/calendario-epidemiologico/43-institucional/172-calendario-epidemiologico-2022>. Acesso em: 11 abril 2023.

_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva do Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Ofício circular nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS, de fevereiro de 2021**. Brasília: 2021. Disponível em:
http://conselho.saude.gov.br/images/Oficio_Circular_2_24fev2021.pdf

_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). 2013. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 14 maio 2023.

BUENO, M. Tradução do Conhecimento, Ciência da Implementação e Enfermagem. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**. 2021; 11:e4616. [Access 27 abril 2023]; Available in: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/4616/2759>. DOI: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v11i0.4616>

CAMPOS, GWS. A mediação entre conhecimento e práticas sociais: a racionalidade da tecnologia leve, da práxis e da arte. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3033-3040, 2011. DOI: 10.1590/S1413-81232011000800002

CHEN, Xi et al.. Belief in a COVID-19 Conspiracy Theory as a Predictor of Mental Health and Well-Being of Health Care Workers in Ecuador: Cross-Sectional Survey Study. **JMIR Public Health Surveill**. 2020 Jul 21;6(3):e20737. doi: 10.2196/20737. PMID: 32658859; PMCID: PMC7375774.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Código de Ética Médica: **Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018**, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019 / Conselho Federal de Medicina – Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2019.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIO DE SAÚDE (CONASS). **Painel Nacional: COVID-19**. última atualização 11 abril 2023. Disponível em:
<https://www.conass.org.br/painelconasscovid19/>. Acesso em: 14 abril 2023.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO ESTADO DE SÃO PAULO (COREN-SP). **Guia de enfermagem na assistência à covid-19: aspectos relevantes/Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo, Conselho Federal de Enfermagem**. São Paulo: Coren-SP, 2021. ISBN Nº: 978-65-993308-1-0

COSTA, Rafaela Lira Mendes; SANTOS, Regina Maria dos; COSTA, Laís de Miranda Crispim. The professional autonomy of nursing in pandemic times. **Revista Gaúcha de Enfermagem** [online]. 2021, v. 42, n. spe [Acessado 28 Abril 2023], e20200404. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200404>>. Epub 18 Jun 2021. ISSN 1983-1447. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200404>.

CUSTÓDIO, LL; GOMES, ILV; ALVES, AR. Educação permanente em Enfermagem na Covid-19: relato de experiência. **Cadernos ESP** [Internet]. 27º de julho de 2021 [citado 7º de maio de 2023];15(1):58-62. Disponível em: <https://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/534>

DELDUQUE, Maria Célia. **Atuação dos conselhos de classe profissional no âmbito da saúde em face da pandemia de Covid-19**. In: SANTOS, Alethele de Oliveira; LOPES, Luciana Tolêdo (org.). Profissionais de saúde e cuidados primários. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2021. p. 72-85. (Coleção Covid-19, v. 4). Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/volume-4-profissionais-de-saude-e-cuidados-primarios/> Acesso em: 14 maio 2023.

FALCÃO, P.; SOUZA, A. B. de. Pandemia de desinformação: as fake news no contexto da Covid-19 no Brasil. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, [S. l.], v. 15, n. 1, 2021. DOI: 10.29397/reciis.v15i1.2219. Disponível em: <https://www.recis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/2219>. Acesso em: 13 maio. 2023.

FARIAS, ES; SANTOS, JO; GÓIS, RMO. Comunicação efetiva: elo na segurança do paciente no âmbito hospitalar. **CGCBS** [Internet]. 16º de abril de 2018 [citado 4º de maio de 2023];4(3):139. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/cadernobiologicas/article/view/5168>

FIGUEIRA, A. C. P.; BEVILAQUA, D. V. Podcasts de divulgação científica: levantamento exploratório dos formatos de programas brasileiros. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, [S. l.], v. 16, n. 1, 2022. DOI: 10.29397/reciis.v16i1.2427. Disponível em: <https://www.recis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/2427>. Acesso em: 15 maio. 2023.

GALVÃO, Cristina Maria; SAWADA, Namie Okino. Prática baseada em evidências: estratégias para sua implementação na enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem** [online]. 2003, v. 56, n. 1 [Acessado 4 Maio 2023], pp. 57-60. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-71672003000100012>>. Epub 28 Feb 2012. ISSN 1984-0446. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672003000100012>.

GESSER-EDELSBURG, A. et al. The Public Sphere in Emerging Infectious Disease Communication: Recipient or Active and Vocal Partner? **Disaster Medicine and Public Health Preparedness**. Cambridge University Press; 2015;9(4):447–58.

GIORDANI, RCF et al.. A ciência entre a infodemia e outras narrativas da pós-verdade: desafios em tempos de pandemia. **Ciênc saúde coletiva** [Internet]. 2021Jul;26(7):2863–72. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021267.05892021>

GONÇALVES, Christine Conceição; BARBOSA, Ricardo Rodrigues. Relevância das fontes de informação no cenário brasileiro durante a pandemia de covid-19. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, [S. l.], v. 17, n. 1, p. 67–83, 2023. DOI: 10.29397/reciis.v17i1.3451. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/3451>. Acesso em: 15 maio. 2023.

GRAMACHO, Wladimir et al. Political Preferences, Knowledge, and Misinformation About COVID-19: The Case of Brazil. **Frontiers in Political Science**, 2021. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpos.2021.646430> Acesso em: 19 out. 2022.

HENRIQUES C; VASCONCELOS, W. Crises dentro da crise: respostas, incertezas e desencontros no combate à pandemia da Covid-19 no Brasil. **Estud av** [Internet]. 2020 May; 34(99):25–44. Available from: <https://doi.org/10.1590/s0103-4014.2020.3499.003>

JABONETE, Fritz Gerald V.; ROXAS, Rachel Edita O.. Barriers to Research Utilization in Nursing: A Systematic Review (2002-2021). **SAGE Open Nurs**. 2022 May 15;8:23779608221091073. doi: 10.1177/23779608221091073. PMID: 35600005; PMCID: PMC9118897.

LINO, A. P. B. L., et al. LEAN nas emergências: atuação na superlotação da unidade de emergência referenciada do hospital de clínicas da Unicamp / LEAN in emergencies: acting

on overcrowding in the emergency referral unit of the clinical hospital at Unicamp. **Brazilian Journal of Development**, 2022. 8(3), 22372–22378. <https://doi.org/10.34117/bjdv8n3-435>.

LÓPEZ-BORRULL, Alexandre. “Fake news e infodemia científica durante la Covid-19, ¿dos caras de la misma crisis informacional?” **Anuario ThinkEPI**, 2020, v. 14, e14e07. <https://doi.org/10.3145/thinkepi.2020.e14e07>.

MAJID, Shaheen *et al.* Adotando a prática baseada em evidências na tomada de decisão clínica: percepções, conhecimentos e barreiras dos enfermeiros. **Journal of the Medical Library Association**, n.1, n.89, 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3133901/>. Acesso em: 15 set. 2022.

MARCUSE, Herbert. A responsabilidade da ciência. **Scientiae Studia** [online]. 2009, v. 7, n. 1 [Acessado 27 Abril 2023], pp. 159-164. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1678-31662009000100008>. Epub 06 Nov 2009. ISSN 2316-8994. <https://doi.org/10.1590/S1678-31662009000100008>.

MARTINEZ-SILVEIRA, M. S.; DA SILVA, C. H.; LAGUARDIA, J. Conceito e modelos de ‘knowledge translation’ na área de saúde. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, [S. l.], v. 14, n. 1, 2020. DOI: 10.29397/reciis.v14i1.1677. Disponível em: <https://www.recis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1677>. Acesso em: 13 maio 2023.

MERHY, EE. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 3rd ed. São Paulo:Hucitec;2002.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**. São Paulo (SP), v. 5, n. 7, p. 01-12, abril. 2017. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82>. Acesso em: 5 abril 2023.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14a ed. São Paulo: Hucitec; 2014.

MOREL, Ana Paula Massadar. Negacionismo da Covid-19 e educação popular em saúde: para além da necropolítica. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 19, p. e00315147, jan. 2021.

OLIVEIRA DE CARVALHO, C. et al.. A comunicação interna em um hospital universitário federal da Rede EBSEH: otimizando o processo usando aprendizado de máquina. **Revista Brasileira de Inovação Tecnológica em Saúde**. 2021, 10(3), 25.

<https://doi.org/10.18816/r-bits.v10i3.23352>. ISSN:2236-1103.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS); ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Entenda a infodemia e a desinformação na luta contra a COVID-19**.

2020. Disponível em:

https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52054/Factsheet-Infodemic_por.pdf. Acesso em: 24 Jun 2021.

PAZ, Andreia Fontes et al. "Perfil dos profissionais de enfermagem atuantes nas unidades Covid-19 de um hospital público universitário." **Research, Society and Development** 11.12 (2022): e494111234765-e494111234765.

PIAN, Wenjing; CHI, Jianxing; MA, Feicheng. The causes, impacts and countermeasures of COVID-19 "Infodemic": A systematic review using narrative synthesis. **Inf Process Manag**. 2021 Nov;58(6):102713. doi: 10.1016/j.ipm.2021.102713. Epub 2021 Aug 4. PMID: 34720340; PMCID: PMC8545871.

PIMENTA, CAM. **Guia para a implementação de protocolos assistenciais de enfermagem**: integrando protocolos, prática baseada em evidência e classificações de enfermagem/ Cibele Andrucio de Mattos Pimenta...[et al.]. - São Paulo: Coren-SP, 2017. ISBN 978-85-68720-07-3.

PÜSCHEL, VAA et al.. A Prática Baseada em Evidências em tempos de Infodemia: reflexões e indicativos. In: Cavalcante RB, Castro EAB, (Org.). **Infodemia**: gênese, contextualizações e interfaces com a pandemia de covid-19. Brasília, DF: Editora ABen; 2022. p. 63-72 (Serie Enfermagem e Pandemias, 7) <https://doi.org/10.51234/aben.22.e10.c07>

QSR INTERNATIONAL. NVIVO. **NVivo 11 Pro for Windows**. 2017. Version 114. Disponível em:

<https://download.qsrinternational.com/Document/NVivo11/11.4.0/pt-BR/NVivo11-Getting-Started-Guide-Pro-edition-Portuguese.pdf>. Acesso em: 14 abril 2023.

RIBEIRO, Débora. Dicionário Online de Português (DICIO). **Justificar**. Última atualização agosto 2018. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/justificar/>. Acesso em: 14 maio 2023.

ROCHA, Maria Regina. "A vez... ao Português". **Diário do Alentejo**, 23 de Janeiro de 2009. In: ROCHA, Maria Regina. 'Desafiar e fé + candidato e acender + considerar e siderado' Ciberdúvidas da Língua Portuguesa, 16 jan. 2009. Disponível em: <https://ciberduvidas.iscte-iul.pt/artigos/rubricas/idioma/desafiar-e-fe--candidato-e-acender--considerar-e-siderado/2022#> Acesso em: 13 maio 2023.

ROCHA, Kellen de Lima; SANTOS, Raimunda Mota dos. **Fake News na Era Pós-Verdade: o combate à desinformação em época de pandemia**. In: I Simpósio de Comunicação, Cultura e Amazônia - Manaus, 2021. Disponível em: <https://www.doity.com.br/anais/simposio/trabalho/223379>>. Acesso em: 03 maio 2023.

SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO (SPSP). **Documentos científicos**. Última atualização 08 mar 2023. Disponível em: <https://www.spsp.org.br/departamentos/documentos-cientificos/>. Acesso em: 15 maio 2023.

SCHNEIDER, Luana Roberta; PEREIRA, Rui Pedro Gomes; FERRAZ, Lucimare. A prática baseada em evidência no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Saúde em Debate** [online]. 2018, v. 42, n. 118 [Acessado 4 Maio 2023] , pp. 594-605. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811804>>. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811804>.

SEKYIA, Shigeru Ricardo; LUZ, Talita Ribeiro da. Mudança organizacional: implantação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2010, v. 15, suppl 1 [Acessado 27 Abril 2023], pp. 1263-1273. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000700035>>. Epub 08 Jul 2010. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000700035>.

SPAGNOL, Carla Aparecida *et al.*. Holofotes acesos durante a pandemia da COVID-19: paradoxos do processo de trabalho da Enfermagem. **REME - Rev Min Enferm**. 2020; 24:e-1342. Disponível em: https://cdn.publisher.gn1.link/remem.org.br/pdf/e_1342.pdf. Acesso em: 08 ago. 2023.

TEIXEIRA, CF de S. et al.. A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. **Ciênc saúde coletiva** [Internet]. 2020Sep;25(9):3465–74. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.19562020>

WARDLE, Claire; DERAKHSHAN, Hossein. Information Disorder: Toward an interdisciplinary framework for research and policy making. **Council of Europe Report**, 2017. E-book.

Disponível em:

<https://rm.coe.int/information-disorder-toward-an-interdisciplinary-framework-for-research/168076277c>. Acesso em: 20 jan. 2021.

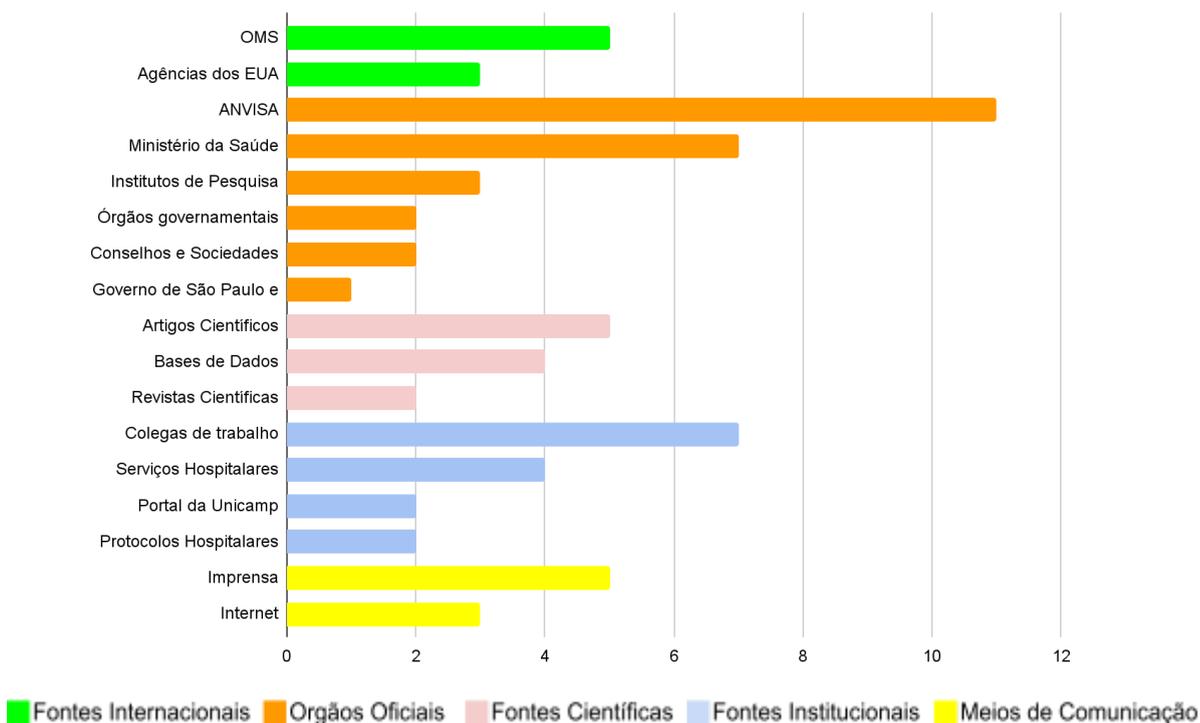
WERNECK, MAF; FARIA, HP; CAMPOS, KFC. **Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009. 84p. : il., 22x27cm.

6. RESULTADOS ADICIONAIS E DISCUSSÃO GERAL

As categorias temáticas que emergiram foram: 1) política e relações sociais, 2) subjetividade, 3) comunicação e ciência, 4) processo de trabalho e 5) SUS. Optou-se por focar nas categorias 3 e 4, apresentadas nos manuscritos anteriormente, uma vez que acredita-se que as análises aprofundadas dessas categorias possibilitaram alcançar o objetivo geral do trabalho proposto, além de terem sido mais frequentes nas falas dos participantes, sendo contempladas em todas as entrevistas, ao contrário da categoria do SUS que apareceu em apenas seis entrevistas.

Mas isso não significa que as demais categorias não tiveram trechos ricos, relevantes e que colaboram para uma compreensão mais completa das relações comunicacionais e políticas durante a pandemia da COVID-19. Diante da reflexão sobre as falas dos profissionais e dado o referencial teórico adotado nesta pesquisa, destacam-se, alguns pontos encontrados nas demais categorias temáticas que mereceram aprofundamento a posteriori.

Por exemplo, as fontes mais citadas pelos profissionais para buscarem informações sobre a COVID-19, foram a ANVISA, o Ministério da Saúde, os colegas de trabalho e a OMS, conforme demonstrado na figura 5.

Figura 5- Fontes citadas pelos profissionais entrevistados

Fonte: elaboração própria (2023)

Infere-se que os órgãos oficiais de saúde nacionais foram mais citados por estarem presentes na difusão de informações, recomendações e instruções sobre o manejo da COVID-19 no Brasil, sendo inclusive inseridas nos protocolos institucionais e por isso foram mais lembradas.

A ANVISA foi apontada como uma fonte com relevância predominante para informações sobre a COVID-19⁽¹⁴⁶⁾, contudo, sofreu ataques do governo federal que realizava uma campanha de desestimulação à vacinação, relacionando várias questões à agência.

Destaca-se os resultados apontados por Massarani *et al.*⁽¹⁴⁹⁾ (2021) que analisaram a percepção dos brasileiros sobre a COVID-19 em 12 cidades do país, de forma que as fontes apontadas como as mais confiáveis foram sequencialmente: médicos e profissionais da saúde, Organização Mundial da Saúde, cientistas de universidades ou institutos de pesquisa e Ministério da Saúde.

Comparando a árvore de palavras, gerada no NVivo, do termo “ANVISA” e “Ministério da Saúde”, percebe-se que a primeira tinha mais trechos positivos e usada como referência e fonte de pesquisa, já a segunda havia mais trechos negativos e de crítica com foco no aspecto político e na desinformação. Pela árvore de palavras da “OMS” percebe-se uma ligação dela com a “ANVISA” e menção ao seu uso como uma fonte confiável.

Tais dados corroboram com o estudo realizado por Gonçalves e Barbosa⁽¹⁴⁸⁾ (2023) que investigaram a percepção que os usuários têm da relevância das fontes de informação utilizadas por eles para se informarem sobre a COVID-19 no cenário brasileiro durante a pandemia, em que o Ministério da Saúde, juntamente com jornais e/ou revistas e canais de televisão, foram considerados fontes menos relevantes.

Além disso, o Ministério da Saúde entrou em uma crise de credibilidade e confiabilidade sem precedentes, não só por sua ausência na coordenação nacional no enfrentamento à COVID-19, mas também por ter desconsiderado evidências científicas robustas, dando lugar ao posicionamento político do governo federal, impactando na formulação e implementação de políticas e nas ações em saúde⁽¹⁵⁰⁾.

Assim, o MS difundiu desinformações ao publicar documentos oficiais com orientações para o manejo a pacientes com COVID-19 incentivando o chamado “tratamento precoce” para COVID-19 sem comprovação científica⁽⁵⁸⁾, e passou por quatro mudanças de ministros, em plena pandemia, devido a discordâncias de medidas para o enfrentamento à crise de saúde pública, como por exemplo o distanciamento social⁽¹⁵¹⁾. Tudo isso gerou insatisfação entre profissionais e desprezo, conforme evidenciado nas falas.

Assim acho que a gente foi mal-conduzido como um todo, né? Esse excesso de troca de ministros, a gente não sabia mais quem estava mais no Ministério da Saúde. “Quem está lá falando? A é fulano. Nossa! Mas quem é esse aí? Mas ontem não era o outro?” [mudança de voz] Né? [risos] Não sabia quem era, ele [presidente em exercício] colocou, acho que é um general no Ministério da Saúde, nem é médico, nem é profissional da saúde. Bruu [som com a boca]. Não entende absolutamente nada de pandemia, de recurso, de saúde, de... como um todo. (04 EN)

Então, a nossa fonte oficial deveria ser o Ministério da Saúde, mas não é, é exatamente o oposto, a nossa fonte de desinformação oficial é o Ministério da Saúde, então eu considero que a gente não tem uma informação oficial, a informação oficial é a procura individual de cada um, essa infelizmente é a nossa informação. (...) e depois que a gente teve a vacina, a gente devia ter a campanha diária com propagandas em todos os meios de comunicação de que as pessoas deveriam se vacinar, isso o Ministério da Saúde não fez nunca, em momento algum, ele nunca incentivou a vacina. Nunca. Então isso pra mim é a pior coisa que foi já foi feita em termos de saúde pública desde que eu me entendo por médico, é uma questão que assim, é criminosa. É criminosa. É uma... é um Ministério da Saúde omissivo, criminoso, é... morticida e pra não dizer outras coisas. (11 ME)

Aponta-se que a comunicação de risco realizada pelo Ministério da Saúde no Brasil durante a pandemia da COVID-19 foi ineficaz e frágil, correspondendo apenas 33% de suas publicações, implicando na transparência dos dados, e podendo afetar o comportamento e avaliação de risco da população acerca da doença⁽¹⁵²⁾. Assim, a fim de construir confiança e

facilitar a cooperação, recomenda-se que organizações na comunicação de risco, envolvam o público e promovam o diálogo⁽¹⁴⁵⁾, o que infelizmente não aconteceu no Brasil.

As fontes institucionais, embora tenham tido algumas falhas, conforme discutido anteriormente, foram recorrentemente citadas pelos profissionais como fonte de pesquisa confiável para a prática profissional. Uma vez que os protocolos institucionais são elaborados com base na literatura científica, eles são uma das formas de aproximar as evidências científicas e alcançar a implementação de PBE na prática dos profissionais que encontram-se na assistência e cuidado direto ao paciente⁽¹⁵³⁾.

Destaca-se, ainda, que a coleta de dados foi realizada em um hospital escola onde há acesso a discentes de diversos cursos da saúde, assim como docentes, pesquisadores e residentes, sendo eles também citados como fontes de informação e atualização, conforme evidenciado nas falas:

Então a gente acaba sendo atualizado diretamente, tudo que aparece de novo ou qualquer artigo que sai, alguma publicação de relevância os próprios docentes da infectologia acabam trazendo para a gente, para que a gente possa ficar atualizado. (01 EN)

As informações... quando eu tenho alguma dúvida, o residente está sempre do lado, estão sempre estudando, entendeu? Então a gente pergunta, troca ideia, igual eu te falei, tem o colegiado, tem a CCIH. (03 EN)

Nota-se a presença da CCIH como uma fonte de consulta, sendo também considerada, por alguns profissionais, como uma fonte oficial e segura.

Uma fonte oficial, no meu caso que trabalho na área hospitalar, é a CCIH do nosso hospital, eu acho que ela é o órgão maior lá que pode emitir qualquer parecer técnico, confiável pra nós, é confiável os pareceres do CCIH. Tanto que essa semana mesmo, eu solicitei um parecer do CCIH. Então, eu sempre faço uma consulta pra ficar respaldada, né? Tecnicamente, porque a gente... Eu acredito que no hospital ele é o órgão maior para resolver essas questões. (...) Porque logo no comecinho, a gente não sabia nem por onde entravam os vírus, né? E foi uma enfermeira do CCIH que eu tava com um corte na mão, (...) eu perguntei pra ela: “o vírus pode entrar por esse corte?” A gente não sabia nada, né? Ela falou, não, ele entra pelas vias aéreas, tal, então olho, nariz, boca, né? (10 NU)

É... uma coisa que eu acho muito importante, que o HC tem, e isso também facilita demais, é que os enfermeiros da CCIH, eles passam todos os dias nos setores. Todos os dias eles passam lá. E eles falam com todo mundo, se a menina da limpeza parar e perguntar alguma coisa pra eles, eles falam, explicam, respondem, ensinam, todos eles né? Os três que tem lá. Isso também ajudou demais (tosse), porque a própria equipe, né? Tirava a informação ali com eles, porque uma coisa é você receber a informação de um papel, a outra coisa é você escutar um profissional que você conhece, que é uma referência pra você, que você sabe que tem domínio daquele assunto falando, né? (08 EN)

Porém, esse acesso aos membros da CCIH não era equânime para todos os plantões, havendo por exemplo, reclamação de profissional do período noturno sobre esse afastamento e dificuldade em acessá-los para tirar dúvidas.

Porque não dá para você ter a todo momento um contato com aquela pessoa que trabalha... às vezes você tá no plantão noturno, o responsável da CCIH ele trabalha no horário comercial, você não vai conseguir falar com ele, né? Pra tirar sua dúvida. Aí você pergunta para o gestor, ou seu supervisores, ele também não sabe, porque essa dúvida, ele não tinha tido, não tinha surgido. (05 EN)

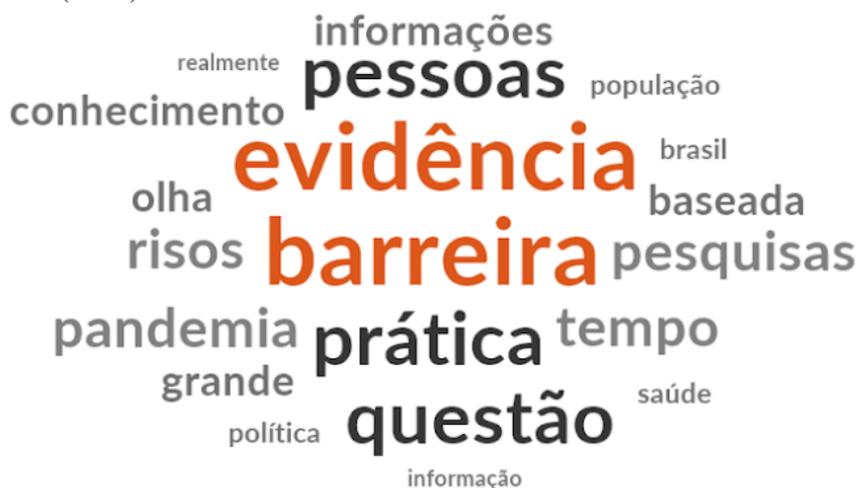
A respeito das fontes internacionais, tem-se a OMS que é responsável por emitir informações e recomendações, orientando políticas e práticas de saúde, promovendo ações de saúde global. Ela também foi responsável por declarar o estado de emergência de saúde pública de importância internacional e fez os acompanhamentos da pandemia por todo o mundo, elaborou diretrizes sobre a proteção à saúde e o combate à COVID-19 sendo uma fonte de informação importante⁽¹⁵⁴⁾. Ela está em terceiro lugar, das fontes mais citadas pelos profissionais, dividindo o lugar com artigos científicos e a imprensa.

Já as agências dos Estados Unidos da América (EUA), como o *Centers for Disease Control and Prevention* (Centro de Controle e Prevenção de Doenças-CDC) e o *National Institute of Allergy and Infectious Diseases* (Instituto Nacional de Alergia e Doenças Infecciosas-NIAID), são referências mundiais em saúde pública, com vasta experiência e expertise em lidar não só com doenças infecciosas, como doenças crônicas também, auxiliando na compreensão, diagnóstico e tratamento de doenças como tuberculose e influenza, HIV/AIDS e a COVID-19.

O uso de publicações científicas, recomendações de sociedades científicas e sites governamentais oficiais como fontes de informação também foram encontrados como as principais fontes dos profissionais da saúde da América Latina, havendo também menção às mídias tradicionais e sociais.

Além dessa identificação e discussão das fontes de informações que os participantes referiram uso, foi possível por meio da nuvem de palavras, identificar domínios de assunto de modo que apenas os termos mais significativos fossem retidos e apresentados⁽⁶¹⁾, conforme Figura 6.

Figura 6- Nuvem de palavras das cinco categorias identificadas na pesquisa. Campinas/SP, Brasil, 2023. (n=13)



Fonte: Elaboração própria (2023).

A nuvem de palavras é uma técnica de visualização de dados, que normalmente evidencia as palavras mais significativas e que aparecem com maiores frequências são visualizadas em cores diferentes e tamanhos de fonte maiores para que chamem a atenção imediatamente⁽⁶¹⁾, como acontece com as palavras “barreira” (34 vezes) e “evidência” (26 vezes). Posteriormente, as palavras mais frequentes nas entrevistas foram “prática” (22 vezes), “questão” (20 vezes) e “pessoas” (19 vezes). É interessante perceber que as palavras “covid”, “desinformação” e “fake news” não apareceram na nuvem de palavras, o que indica que elas não foram tão frequentes nas falas dos profissionais.

Destaca-se o contraponto das palavras centrais, já que por um lado há as barreiras e do outro lado as evidências, também, identifica-se que as barreiras “tempo” (15 vezes) e “política” (10 vezes) apareceram com frequências diferentes.

Além disso, é interessante notar que as palavras “evidência”, “pesquisa”, “conhecimento” e “informação” aparecem retratando, talvez, a importância do conhecimento disponibilizado e produzido por meio de métodos científicos e que passam a ser informações úteis para as práticas no cuidado e assistência à saúde nesse contexto pandêmico.

Acerca da metodologia adotada, acredita-se que o uso da entrevista semiestruturada foi assertivo, ainda mais com a restrição imposta pela pandemia. A COVID-19 também estendeu o tempo de conclusão do mestrado, permitindo que os dados pudessem ser (re)trabalhados e melhor processados.

A despeito do cenário de pesquisa, tem-se que o hospital se mostrou aberto e solícito para a realização da pesquisa, contudo dada a exaustão dos profissionais, o tempo destinado

ao recrutamento dos participantes para a pesquisa teve que ser aumentado. Apesar de inicialmente pretender abarcar o maior número possível de profissões, no decorrer da pesquisa foi possível perceber que por se tratar de uma pesquisa cujo um dos critérios de inclusão era a prestação de assistência direta a pacientes com COVID-19 internados na instituição, acabou sendo direcionado aos profissionais da linha de frente, que foi composta majoritariamente pela Enfermagem, Medicina e Fisioterapia.

Embora não prevista, a participação de profissionais que se encontravam em cargos de gestão foi de grande valia, possibilitando encontrar contradições e dificuldades, sobretudo no que diz respeito à comunicação interna. Foi interessante perceber que para alguns profissionais que ocupam cargos de gestão, a informação havia sido compartilhada e chegado ao profissional da assistência de forma eficaz.

Há décadas pesquisadores vêm tentando encontrar formas de aproximar a “pesquisa de bancada” à prática dos profissionais que atuam à beira leito, sendo identificadas resistências, chamadas pelos estudiosos de barreiras institucionais, pessoais e coletivas. Contudo, buscou-se neste trabalho, tratar tais resistências como desafios, ressaltando a ideia de algo que pode (e deve) ser superado, dando, de uma certa forma, mais esperança (esperança do verbo esperar, assim como nos ensina Paulo Freire)⁽¹⁵⁵⁾.

A literatura encontrada acerca das temáticas mostram diversos cenários de possibilidades e ações de implementação de PBE, porém, não encontrou-se, até o momento, nenhum trabalho que se dedicasse a compreender sob a percepção dos profissionais quais os desafios que eles estavam enxergando enquanto ainda se vivia a pandemia. A fim de delimitar o campo de pesquisa, focou-se na desordem informacional, tendo em vista a grande repercussão com incentivos à uma gestão infodêmica e frente ao risco que essas informações podem acarretar, sobretudo, em estados de emergência e crises.

Assim, no primeiro manuscrito buscou-se trazer a discussão das percepções dos profissionais sobre o impacto da desordem informacional em suas práticas, para que a partir daí pudessem ser identificados os desafios que eles expressam e identificam, para a implementação de uma PBE na instituição, levando-se em consideração o contexto pandêmico e de desordem informacional, o que deu origem ao segundo manuscrito. Além disso, considerando a importância que a fonte de informação utilizada têm, identificou-se quais foram as mais ditas e lembradas, sendo este tema discutido no manuscrito 2.

Porém o trabalho não termina nessas duas publicações, já que no decorrer da pesquisa foram sendo identificadas necessidades que acredita-se que contribuirá para futura

implementação de PBE, seja com ou sem pandemia (de preferência sem). Assim, encontra-se em construção a devolutiva da pesquisa aos participantes e demais membros da instituição.

Salienta-se que no decorrer da pesquisa, os objetivos foram se mostrando maiores e mais desafiadores, de forma que outras temáticas foram aparecendo, fazendo parte do corpo do problema e também da solução, como alfabetização científica e digital, comunicação interna, educação permanente em saúde, políticas públicas, gestão de informações, valores informacionais, dentre outros.

Como se não bastasse os desafios descritos na literatura para a implementação de uma PBE, o contexto pandêmico traz um outro panorama a ser investigado e estudado, a fim de compreender os fenômenos, mensurar as consequências e se preparar para emergências sanitárias futuras. A pandemia da COVID-19 impôs mudanças em diversas áreas da sociedade mundial e impactou sobremaneira a saúde pública.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa pesquisa se propôs a compreender a desordem informacional no enfrentamento da COVID-19 na perspectiva dos profissionais de saúde do Hospital de Clínicas Unicamp. Assim, buscou-se identificar dois aspectos importantes: (1) como afeta o trabalho em saúde e (2) os desafios para a implementação das Práticas Baseadas em Evidências (PBE) na instituição durante a pandemia.

Acredita-se que os objetivos foram alcançados e novas perguntas de pesquisa surgiram, de forma que seja por meio da ciência da implementação e/ou da comunicação de risco, o que se sabe é que o caminho para a implementação de uma PBE em uma pandemia é árduo e tortuoso, além disso, como diria Carlos Drummond de Andrade, em um de seus poemas: “No meio do caminho tinha uma pedra...”⁽¹⁵⁶⁾ (p.12).

Na verdade, diria que foram várias pedras, areias e alguns pedregulhos, nomeados no decorrer da pesquisa de desordem informacional, infodemia, desinfodemia, negacionismo e era da pós-verdade. Tais pedras não surgiram com o advento da COVID-19, mas foram se consolidando e o que antes poderia até ser considerado cômico, como falas de terraplanistas, passou a configurar em riscos iminentes e severos à saúde pública, isso sem entrar na discussão política.

Assim, para alcançarmos a implementação de PBE na instituição estudada, frente a esses desafios, sobretudo a desordem informacional, no contexto pandêmico vivido, evidencia-se ser necessário olhar e refletir sobre as práticas de saúde, o sistema na qual essas práticas são exercidas, promover a comunicação, com espaços e incentivo ao diálogo, para que assim sejam tomadas decisões conjuntamente com os executores dessas ações, aqueles que estiveram e permanecem na linha de frente: os profissionais da saúde.

Além disso, o “calcanhar de Aquiles” das relações humanas, a comunicação se mostra cada vez mais como um complexo fenômeno demandando abordagens de diferentes áreas, tais como Educação, Psicologia, Antropologia, Sociologia, Comunicação Social, Jornalismo, Publicidade e Propaganda, Biblioteconomia. Com o avanço das Tecnologias de Informação e Comunicação notam-se mudanças nos comportamentos e na comunicação, demandando parcerias com cientistas da computação, analistas de dados, pesquisadores de mídia e comunicação, especialistas em segurança cibernética, em direito e ética.

Com a devolutiva aos profissionais da instituição dos resultados e análises aqui organizados busca-se contribuir para a mudança cultural que se faz necessária, assim como,

para a formação crítica dos trabalhadores da saúde na universidade com domínio da linguagem digital de modo a construir uma maior fortaleza para o enfrentamento da desinformação e de outras pandemias que poderão advir.

REFERÊNCIAS

1. Mendes-Gonçalves, Ricardo Bruno, 1946-1996. Saúde, sociedade e história / Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves; organização José Ricardo de C. M. Ayres, Liliana Santos. – 1. ed. – São Paulo: Hucitec; Porto Alegre: Rede Unida, 2017. 439 p.; 21 cm. (Saúde em debate; 270)
2. Barría P RM. Implementing evidence-based practice: a challenge for the nursing practice. Invest Educ Enferm.; v.32, n. 19, 2014 [acesso em 15 set. 2022]. English, Spanish. doi: 10.17533/udea.iee.v32n2a01. PMID: 25230028.
3. Cruz D, Pimenta, CAM. Prática baseada em evidências, aplicada ao raciocínio diagnóstico. Artigo de Revisão. Revista Latino-Americana de Enfermagem – RLAE, v.13, n.2, 2005. [acesso em 10 ago. 2022] Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/2099>.
4. Greenhalgh T, Howick J, Maskrey N. Evidence Based Medicine Renaissance Group. Evidence based medicine: a movement in crisis? BMJ. v.13, n.348, 2014 . Doi: 10.1136/bmj.g3725. PMID: 24927763; PMCID: PMC4056639.
5. Majid S, Foo S, Luyt B, Zhang X, Theng YL, Chang YK, *et al.* Adopting evidence-based practice in clinical decision making: nurses' perceptions, knowledge, and barriers. Journal of the Medical Library Association, n.1, n.89, 2011 [acesso em 15 set. 2022]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3133901/>.
6. Melnik T; Meyer SB; Sampaio MIC. Relato de experiência docente: a primeira disciplina no Brasil sobre a prática da psicologia baseada em evidências ministrada no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Revista Psicologia Clínica e Cultura. Psic. Teor. Pesq. N. 35, 2019 [acesso em 15 set. 2022]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ptp/a/YvcVFrZyrNcHjJzZXn9VPcp/abstract/?lang=pt>.
7. Grimshaw Jm, Eccles MP, Lavis JN, Hill SJ, Squires JE. Tradução do conhecimento dos resultados da pesquisa. Revista Implementar Ciência, maio, 2012 [acesso em 10 set. 2022]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22651257/>.
8. Woolf SH. The meaning of translational research and why it matters. JAMA. v.2, n.211, 2008. PMID: 18182604.
9. Pearson A, Jordan Z, Munn Z. Translational science and evidence-based healthcare: a clarification and reconceptualization of how knowledge is generated and used in healthcare. Nurs Res Pract. 2012;2012:792519. doi: 10.1155/2012/792519. Epub 2012 Feb 14. PMID: 22474583; PMCID: PMC3306933.
10. Guimarães R. Pesquisa Translacional: uma interpretação. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2013, v. 18, n. 6 [acesso em 6 dez. 2022] . Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000600024>>. Epub 04 Jun 2013. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000600024>.
11. Oelke ND, Lima MADS, Acosta AM. Translação do conhecimento: traduzindo pesquisa para uso na prática e na formulação de políticas. Artigo de Reflexão. Revista Gaúcha Enfermagem, v. 36, n.3, set. 2015 [acesso em 10 set. 2022]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/mdQVRj5j5Fdk5dp5bzJgD9q/?lang=pt>.
12. Gesser-Edelsburg A, Shir-Raz Y. Risk Communication and Infectious Diseases in Age of Digital Media. 1. ed. London: Routledge; 2017. 188p.
13. Correia CVSR, Rezende KS, Rosa SSRF, Barreto JOM, Felipe MSS. Pesquisa translacional no Brasil: temas de pesquisa e sua aderência à Agenda do SUS. Saúde em Debate [online]. 2019, v. 43, n. spe2 [acesso em 17 maio 2023], pp. 75-86. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042019S206>>. Epub 10 Feb 2020. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S206>.

14. Rangel-S ML. Comunicação no controle de risco à saúde e segurança na sociedade contemporânea: uma abordagem interdisciplinar. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2007, v. 12, n. 5 [acesso em 17 maio 2023], pp. 1375-1385. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000500035>>. Epub 07 Ago 2007. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000500035>.
15. Pereira IB, Lima JCF. *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2.ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.
16. Camargo FC, Iwamoto HH, Galvão CM, Pereira GA, Andrade RB, Masso GC. Competences and Barriers for the Evidence-Based Practice in Nursing: an integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem* [online]. 2018, v. 71, n. 4 [acesso em 17 maio 2023], pp. 2030-2038. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0617>>. ISSN 1984-0446. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0617>.
17. Camargo FC, Iwamoto HH, Pereira GA, Souza RM, Alves GLA, Monteiro DAT et al. Estratégias para o ensino da prática baseada em evidências na formação de enfermeiros: revisão integrativa. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*. 2018, vol. 1 [acesso em 14 agosto 2022], pp. 363-374. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/4979/497955551013/html/>. ISSN 2318-8413.
18. Bauer MS, Kirchner JA. Implementation science: What is it and why should I care? *Psychiatry Research*, Volume 283, 2020, [acesso em 23 out. 2022]. 112376, ISSN 0165-1781. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31036287/>.
19. Balas EA, Boren SA. Gerenciando o conhecimento clínico para a melhoria dos cuidados de saúde. In: Bommel J, McCray AT, editores. *Anuário de Informática Médica 2000: Sistemas Centrados no Paciente*. Stuttgart, Alemanha: Schattauer Verlagsgesellschaft mbH; 2000:65-70.
20. Mosteller, 1981 F. *Mosteller Innovation and evaluation Science*, 211 (1981), pp. 881-886, 10.1126/science.6781066
21. Morris ZS, Wooding S, Grant J. The answer is 17 years. What is the question: understanding time lags in translational research. *J. Roy. Soc. Med.*, 104 (2011), pp. 510-520, 10.1258/jrsm.2011.110180
22. Grant j, Green L, Mason B. Basic research and health: a reassessment of the scientific basis for the support of biomedical science. *Res. Eval.*, 12 (2003), pp. 217-224, 10.3152/147154403781776618
23. Wensing M, Sales A, Armstrong R, Wilson P. Implementation science in times of Covid-19. *Implementation Sci* 15, 42 (2020) [acesso em 23 out. 2022]. Disponível em: <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13012-020-01006-x>.
24. Eccles MP, Mittman BS. Welcome to Implementation Science . *Implementation Sci* 1, 1 (2006). <https://doi.org/10.1186/1748-5908-1-1>.
25. Hamilton AB, Finley EP. Reprint of: Qualitative methods in implementation research: An introduction, *Psychiatry Research*, Volume 283, 2020, [acesso em 16 de nov. 2020]. 112629, ISSN 0165-1781. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.112629>.
26. Maia MR, Biolchini JCA. Hiperinformação na era digital: validação das informações sobre saúde. *P2P e inovação*. 6, 1 (out. 2019), 285-300. DOI:<https://doi.org/10.21721/p2p.2019v6n1.p285-300>.
27. Lima SO, Silva MA, Santos MLD, Moura AMM, Sales LGD, Menezes LHS, et al. Impactos no comportamento e na saúde mental de grupos vulneráveis em época de enfrentamento da infecção COVID-19: revisão narrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, volume especial 46, 2020 [acesso em 12 set. 2022]. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/4006>.
28. Zarocostas J. How to fight na infodemic. *The Lancet*. February, 2020 [acesso em 04 mai. 2023]. Disponível em: [https://www.google.com/url?q=https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS01406736\(20\)30461X/fulltext&sa=D&source=docs&ust=1683829747390658&usq=AOvVaw03vc0NWZPswlG6cHIEPbH6](https://www.google.com/url?q=https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS01406736(20)30461X/fulltext&sa=D&source=docs&ust=1683829747390658&usq=AOvVaw03vc0NWZPswlG6cHIEPbH6).

29. Lewandowsky S, Ecker UKH, Cook J. Beyond Misinformation: Understanding and Coping with the “Post-Truth” Era. *Journal of Applied Research in Memory and Cognition*, v,6, n.4, 2017 [acesso em 15 set. 2022]. Disponível em: https://research-information.bris.ac.uk/ws/portalfiles/portal/152516154/Pages_from_JARMAC_2017_59_Revision_1_V1.pdf.
30. Wardle C, Derakhshan H. Information Disorder: Toward an interdisciplinary framework for research and policy making. Report to the Council of Europe. 2017 [acesso em 19 jul. 2021]. 108. Disponível em: <https://rm.coe.int/information-disorder-toward-an-interdisciplinary-framework-for-research/168076277c>.
31. Mello D. Para especialistas, difusão de fake news está ligada à crise do jornalismo. Agência Brasil. 2018 [acesso em 06 out. 2022]. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2018-04/para-especialistas-difusao-de-fake-news-esta-ligada-ao-crise-do-jornalismo>.
32. Gomes W, Dourado T. O que são, afinal, fake news, enquanto fenômeno de comunicação política? Artigo de Revisão. *COMPOLÍTICA*, Brasília, UnB, 2019 [acesso em 10 out. 2022]. Disponível em: http://ctpol.unb.br/compolitica2019/GT6/gt6_Dourado_Gomes.pdf.
33. Brisola A, Bezerra AC. Desinformação e circulação de fake news: distinções, diagnóstico e reação. Encontro Nacional de Pesquisa e Pós-graduação em Ciência da Informação, n. XIX ENANCIB, 2018 [acesso em 10 out. 2022]. Disponível em: <https://brapci.inf.br/index.php/res/v/102819>.
34. Motta LD, Freitas AA, Janovik Júnior RX, Blatt CR, Caregnato RCA. COVID-19 evidence for all: development of a learning object in health teaching. *Revista Gaúcha de Enfermagem* [online]. 2021, v. 42, n. spe, [acesso em 17 maio 2023] e20200281. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200281>. Epub 11 Jun 2021. ISSN 1983-1447. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200281>.
35. Wang Y, McKee M, Torbica A, Stuckler D. Systematic Literature Review on the Spread of Health-related Misinformation on Social Media, *Social Science & Medicine*. 2019 [acesso em mar. 2023]; 240. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112552>.
36. Albarado AJ, Prado EJ, Mendonça AVM. Um, dois, três- gravando: as campanhas audiovisuais do Ministério da Saúde sobre dengue, chikungunya e Zika de 2014 a 2017. *Revista FioCruz*, v.13, n.1, Dossiê: Comunicação e riscos em saúde, 2019 [acesso em 15 set. 2022]. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/receis/article/view/1596>
37. Teixeira C (coord). Planejamento & gestão de sistemas e serviços de saúde./ Carmen Teixeira, coord., Ana Luiza Villasboas, Cristiane Abdon, Maria Creuza Ferreira. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2004. 31 p.
38. Souza DO. Saúde em Debate. Sindemia: tautologia e dicotomia em um novo-velho conceito. *Saúde debate*, volume 46, número 134, Rio de Janeiro, jul. Set. 2022, [acesso em 09 mai. 2023] p. 877-885. ISSN 0103-1104. Disponível em: <https://www.google.com/url?q=https://saudeemdebate.org.br/sed/issue/view/56/98&sa=D&source=docs&ust=1683829747652294&usg=AOvVaw0usQZPlcbN5bgXRkv8C81p>.
39. Paim JS. O que é o SUS. Editora Fiocruz [online]. 2009 [acesso em 10 ago. 2022]. Disponível em: <http://www.livrosinterativoseditora.fiocruz.br/sus/3/>. ISBN 978-85-7541-453-8.
40. Brasil. Ministério da Saúde. UNA-SUS. Maior Sistema Público de Saúde do mundo, SUS completa 31 anos. Artigo Científico, 2021 [acesso em 20 mar. 2023]. Disponível em: [https://www.google.com/url?q=https://www.unasus.gov.br/noticia/maior-sistema-publicodesaudedomundodus-completa31anos%23~:text=%3DNeste%2520domingo%2520\(19\)%252C%2520o,outras%2520emerg%252C%252Aancias%2520em%2520sa%252C%252BAde%2520p%252C%252BAblica&sa=D&source=docs&ust=1683829747337381&usg=AOvVaw0jy3DVNjQgvUOCYcfJherL](https://www.google.com/url?q=https://www.unasus.gov.br/noticia/maior-sistema-publicodesaudedomundodus-completa31anos%23~:text=%3DNeste%2520domingo%2520(19)%252C%2520o,outras%2520emerg%252C%252Aancias%2520em%2520sa%252C%252BAde%2520p%252C%252BAblica&sa=D&source=docs&ust=1683829747337381&usg=AOvVaw0jy3DVNjQgvUOCYcfJherL).

41. Rizzotto MLF. Neoliberalismo e saúde. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. 2009 [acesso em 08 maio 2021]. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/neosau.html>.
42. Lira ALBC, Adamy EK, Teixeira E, Silva FV. Educação em enfermagem: desafios e perspectivas em tempos da pandemia COVID-19. *Revista Brasileira de Enfermagem* [online]. 2020, v. 73 [acesso em 13 ago. 2022]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0683>. 26 Out 2020. ISSN 1982-0446.
43. Peduzzi M, Agreli HLF, Silva JAM, Souza HS. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. *Trabalho Educação e Saúde* [online]. 2020, v 18, n. 1 [acesso em 13 ago. 2022]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00246>. 16 Mar 2020. ISSN 1981-7746.
44. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde – 1. ed. rev. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018. 73 p. : il.
45. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 278, de 27 de fevereiro de 2014. Institui diretrizes para implementação da Política de Educação Permanente em Saúde, no âmbito do Ministério da Saúde (MS). 2014. Brasília, DF, 2014 [acesso em 23 abr. 2023]. Disponível em: https://www.google.com/url?q=https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0278_27_02_2014.html&sa=D&source=docs&ust=1683829747577158&usq=AOvVaw1mYmvyGXlamBQqdTImWsqo.
46. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, DF, 2007 [acesso em 03 de jun. 2022]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html.
47. Falk MLR. A competência gerencial nos conflitos interpessoais. *REAd. Rev. Eletrônica Adm* [on-line]. 2001 Dez; 22 (7): [aprox. 10 telas]. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/3186>. ISSN 1413-2311.
48. Freitas CC, Mussatto F, Vieira JS, Bugança JB, Steffens VA, Filho HB et al. Domínios de competências essenciais nas práticas colaborativas em equipe interprofissional: revisão integrativa da literatura. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 26, . 2022 [acesso em 15 abr. 2023].. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.210573>. 18 Fev 2022. ISSN 1807-5762.
49. Antunes MN. Comunicando o risco: um olhar sobre a epidemia de Zika [Tese doutorado]. Vitória-ES: Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Espírito Santo; 2018 [acesso em 07 ago. 2022]. 141p. Disponível em: https://repositorio.ufes.br/bitstream/10/10334/1/tese_12420_tese_michele_nacif_antunes.pdf.
50. Habermas J. Faktizität und Geltung. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1992. In: Lubenow JA. Esfera pública e democracia deliberativa em Habermas: modelo teórico e discursos críticos. *Kriterion* [Internet]. 2010 Jun;51(121):227–58. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0100-512X2010000100012>
51. Persch D. O conceito de esfera pública em Habermas. In: VIII Seminário dos Estudantes de Pós-Graduação em Filosofia da UFSCar, 2012, São Carlos - SP. VIII Seminário dos Estudantes de Pós-Graduação em Filosofia da UFSCar - Caderno de Resumos, 2012. p. 40-40.
52. ONU. Organização das Nações Unidas. OMS diz que Covid-19 é a emergência de saúde global "mais grave" com a qual teve que lidar. *ONU News. Saúde*. 27 julho 2020 [acesso em 08 de abr. de 2021]. Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2020/07/1721371>.
53. Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University (JDHU). Covid-19. 2023. Disponível em: <https://www.arcgis.com/apps/dashboards/bda7594740fd40299423467b48e9ecf6> [acesso em 22 abr. 2023].

54. Organização Mundial da Saúde (OMS). OMS declara fim da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional referente à COVID-19. 2023 [acesso em 11 junho 2023]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/5-5-2023-oms-declara-fim-da-emergencia-saude-publica-importancia-internacional-referente>.
55. Mathieu E, Ritchie H, Rodés-Guirao L, Appel C, Giattino C, Hasell J, et al. Coronavirus Pandemic (COVID-19). Published online at OurWorldInData.org. 2020. Retrieved from: '<https://ourworldindata.org/coronavirus>' [Online Resource]
56. Karlinsky A, Kobak D. Rastreado o excesso de mortalidade entre países durante a pandemia de COVID-19 com o World Mortality Dataset eLife 10 :e69336., 2021. <https://doi.org/10.7554/eLife.69336>
57. Henriques C, Vasconcelos W. Crises dentro da crise: respostas, incertezas e desencontros no combate à pandemia da Covid-19 no Brasil. *Estud av* [Internet]. 2020 May; 34(99):25–44. Available from: <https://doi.org/10.1590/s0103-4014.2020.3499.003>
58. Marcilio ML. Breve visão sobre as epidemias na história do Brasil. *Rev. USP* [Internet]. 21 de dezembro de 2020; [acesso em 17 maio 2023] (127):119-28. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/180089>.
59. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. Protocolo de manejo clínico da Covid-19 na Atenção Especializada [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. – 1. ed. rev. – Brasília : Ministério da Saúde, 2020. 48 p. : il.
60. Organização Mundial da Saúde (OMS) Novo Coronavírus. 2020 [acesso em 08 abril 2021]. Disponível em: <https://www.who.int/indonesia/news/novel-coronavirus/qa-for-public>.
61. da Silva SJR, do Nascimento JCF, Germano Mendes RP, Guarines KM, Targino Alves da Silva C, da Silva PG, et al. Two Years into the COVID-19 Pandemic: Lessons Learned. *ACS Infect Dis*. 2022 Aug 8;acsinfecdis.2c00204. doi: 10.1021/acsinfecdis.2c00204. Epub ahead of print. PMID: 35940589; PMCID: PMC9380879.
62. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia. Informe Semanal nº 37 de Evidências sobre Variantes de Atenção de SARS-CoV-2 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia - Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 112 p.: il.
63. Noronha KVMS, Guedes GR, Turra CM, Andrade MV, Botega L, Nogueira D, et al. Pandemia por COVID-19 no Brasil: análise da demanda e da oferta de leitos hospitalares e equipamentos de ventilação assistida segundo diferentes cenários. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. v. 36, n. 6 [acesso em 17 maio 2023], e00115320. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00115320>>. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00115320>.
64. Ferreira PHC, Ribeiro LCC, Gomes GF, Gonçalves RPF. Estratégias adotadas no enfrentamento da Covid-19: Relato de experiência profissional. Artigo 31. Relato de Experiencia. *Revista Enferm. Foco*, 11 (Esp. 2), 199-204, 2020 [acesso em 10 abr. 2023]. Disponível em: <https://www.google.com/url?q=http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3783/1006&sa=D&source=docs&ust=1683829747668011&usq=AOvVaw0J777tG07xehb0nIt86don>.
65. Buss PM, Fonseca LE. Diplomacia da saúde e Covid-19: reflexões a meio caminho. Rio de Janeiro: Observatório Covid 19 Fiocruz; Editora FIOCRUZ, 2020, p.360. DOI: <https://doi.org/10.7476/9786557080290>
66. Morel APM. Negacionismo da Covid-19 e educação popular em saúde: para além da necropolítica. *Trab educ saúde* [Internet]. 2021Jan;19:e00315147. Available from: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00315>

67. Oreskes N, Conway EM. Merchants of Doubt: How a Handful of Scientists Obscured the Truth on Issues from Tobacco Smoke to Global Warming: How a Handful of Scientists. Issues from Tobacco Smoke to Climate Change, 2011.
68. Rathasam L. Negacionismo na pandemia: a virulência da ignorância. *Revista Cultura e Sociedade*, Unicamp, 14, abr. 2021 [acesso em 20 abr. 2023]. Disponível em: <https://www.google.com/url?q=https://www.unicamp.br/unicamp/noticias/2021/04/14/negacionismo-na-pandemia-virulencia-da-ignorancia&sa=D&source=docs&ust=1683829747586291&usg=AOvVaw0cx1uu9EbE8vgG7ffFarLC>.
69. Posetti J, Bontcheva K. Disinfodemic: Deciphering COVID-19 disinformation. UNESCO. 2020 [acesso em 15 abril 2021]. Disponível em: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000374416>.
70. Brasil. Ministério das Comunicações. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa mostra que 82,7% dos domicílios brasileiros têm acesso à internet. Atualizado 02 nov. 2022 [acesso em 17 maio 2023]. Disponível em: <https://www.gov.br/mcom/pt-br/noticias/2021/abril/pesquisa-mostra-que-82-7-dos-domicilios-brasileiros-tem-acesso-a-internet#>.
71. Falcão P, Souza AB de. Pandemia de desinformação: as fake news no contexto da Covid-19 no Brasil. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde*, [S. l.], v. 15, n. 1, 2021 [acesso em 13 maio. 2023]. DOI: 10.29397/reciis.v15i1.2219. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/2219>.
72. Tangcharoensathien V, Calleja N, Nguyen T, Purnat T, D'Agostino M, Garcia-Saiso S, et al. Framework for Managing the COVID-19 Infodemic: Methods and Results of an Online, Crowdsourced WHO Technical Consultation. *J Med Internet Res*. 2020 Jun 26;22(6):e19659. doi: 10.2196/19659. PMID: 32558655; PMCID: PMC7332158.
73. Okan O, Bollweg TM, Berens EM, Hurrelmann K, Bauer U, Schaeffer D. Coronavirus-Related Health Literacy: A Cross-Sectional Study in Adults during the COVID-19 Infodemic in Germany. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Jul 30;17(15):5503. doi: 10.3390/ijerph17155503. PMID: 32751484; PMCID: PMC7432052.
74. Alvarez-Galvez J, Suarez-Lledo V, Rojas-Garcia A. Determinants of Infodemics During Disease Outbreaks: A Systematic Review. *Front Public Health*. 2021 Mar 29;9:603603. doi: 10.3389/fpubh.2021.603603. PMID: 33855006; PMCID: PMC8039137.
75. Instituto de pesquisa Datafolha (DATAFOLHA). Fake News e Privacidade nas Redes Sociais. 2ª medição. Julho, 2020 [acesso em 17 maio 2023]. Disponível em: <http://media.folha.uol.com.br/datafolha/2020/08/06/relatorio-projeto-fake-news-onda-2-datafolha.pdf>.
76. Giordani RCF, Donasolo JPG, Ames VDB, Giordani RL. A ciência entre a infodemia e outras narrativas da pós-verdade: desafios em tempos de pandemia. *Ciênc saúde coletiva* [Internet], v.26, n.7, 2021.
77. Brasil. Projeto de Lei nº 2630, de 3 de julho de 2020. Institui a Lei Brasileira de Liberdade, Responsabilidade e Transparência na Internet. Câmara dos Deputados, 2020. Disponível em https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1909983.
78. David HMS, Martínez-Riera JR, Acioli S, Costa MFL. Percepções de enfermeiras espanholas sobre a crise econômica e os pactos no sistema de saúde. Artigo Original. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v.73, n.2, 2020 [acesso em 10 out. 2022]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/5NQvhqdkNqHXFmkvBMCVKZj/abstract/?lang=pt>.
79. Sant'Anna E. 'Mata sem dó', diz internauta em site que divulgou boato. *Folha de São Paulo*. 08 maio 2014 [acesso em 17 maio 2023]. Disponível em: <https://m.folha.uol.com.br/cotidiano/2014/05/1451102-mata-sem-do-diz-internauta-em-site-que-divulgou-boa-to.shtml>.

80. Wardle, C.; Derakhshan, H. . Information Disorder: Toward an interdisciplinary framework for research and policy making. Report to the Council of Europe. 2017 [acesso em 19 jul. 2021]. 108. Disponível em: <https://rm.coe.int/information-disorder-toward-an-interdisciplinary-framework-for-research/168076277c>.
81. Carvalho WLP; Carvalho LMO. Educação para o entendimento da população sobre ciência e a responsabilidade científica: reflexões em meio a uma pandemia. *Ciência e Educação*, v. 36, 2020 [acesso em 10 ago. 2022]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1516-731320200000>. ISSN 1980-850X.
82. Rêgo AR. A construção intencional da ignorância na contemporaneidade e o trabalho em rede para combater a desinformação. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 221-232. [acesso em 18 ago. 2022]. Disponível em: <https://doi.org/10.29397/reciis.v15i1.2293>. ISSN 1981-6278.
83. Bonanno LP. Os bastidores do jornalismo científico: Critérios de noticiabilidade que determinam a circulação da informação à sociedade. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, SP. Disponível em <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-02062015-101519/pt-br.php>.
84. Gesser-Edelsburg A. et al. Differences in Perceptions of Health Information Between the Public and Health Care Professionals: Nonprobability Sampling Questionnaire Survey. *Journal of Medical Internet Research* vol. 21, 2019. Disponível em doi: <https://www.sciencegate.app/document/10.2196/14105>. ISSN 1438-8871.
85. Vizzotto PA, Pino JCD. O uso do teste de alfabetização científica básica no Brasil: uma revisão da literatura. *Ensaio Pesquisa em Educação em Ciências*, Belo Horizonte, vol. 22, 2020. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/1295/129563005047/html/>. ISSN 1983-2117.
86. Harzheim L, Lorke M, Woopen C, Jünger S. Health literacy as communicative action: a qualitative study among persons at risk in the context of predictive and preventive medicine. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, vol. 17, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph17051718>. ISSN 1660-4601.
87. Pavão ALB, Werneck GL. Literacia para a saúde em países de renda baixa ou média: uma revisão sistemática. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. v. 26, n. 09 [acesso em 17 abr. 2023], pp. 4101-4114. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.05782020>. ISSN 1678-4561.
88. Ribeiro SM. Intervenções educacionais lúdicas e alfabetização em saúde para crianças: uma revisão sistemática. Dissertação de Mestrado em Odontologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2021 [acesso em 10 abr. 2023]. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/43165>.
89. Santana JF, Neto JLT, Bravo DS, Costa AB. Desafios e potencialidades da alfabetização em saúde no contexto do empoderamento: revisão sistemática da literatura. *Artigo Revista Interscientia*, v.5, n.2, 2017 [acesso em 04 mai. 2023]. Disponível em: <https://periodicos.unipe.br/index.php/interscientia/article/view/488>.
90. Peres F. Alfabetização, letramento ou literacia em saúde? Traduzindo e aplicando o conceito de Health Literacy no Brasil. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 2022 [acesso em 20 abr. 2023] ISSN: 1678-4561. Disponível em: <https://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/alfabetizacao-letramento-ou-literacia-em-saude-traduzindo-e-aplicando-o-conceito-de-health-literacy-no-brasil/18567?id=18567>.
91. Gruszynski AC, Kalsing J, Hoewell GR, Brandão CG. Fact-checking e saúde: análise da seção ‘verdade ou boato’ de gaúchazh. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*, v. 14, n. 1, 2020 [acesso em 17 maio 2023]. DOI: 10.29397/reciis.v14i1.1860.
92. Ireton C, Posetti J. *Jornalismo, Fake News & Desinformação: Manual para educação e treinamento em jornalismo*. Brasília: Unesco, 2019.
93. Bezerra AC, Borges J. Sleeping Giants: a ofensiva moral dos gigantes adormecidos contra o novo regime de desinformação. v. 23 n. 1 (2021): *Revista EPTIC* Vol. 23, Nº 1, Jan.-Abr. 2021.

94. Nightingale F. Notas sobre Enfermagem: O que é e o que não é. Prefácio Ieda Barreira e Castro; tradução Amália Correa de Carvalho. Cortez. Ribeirão Preto-SP; ABEn-CEPEEn. 1989. 174p.
95. Kalisch PA, Kalisch BJ. A comparative analysis of nurse and physician characters in the entertainment media. *Journal of Advanced Nursing*, 1986, Volume 11, Issue 2 p. 179-195.
96. Selanders LC, Crane PC. The voice of Florence Nightingale on advocacy. *Online J Issues Nurs*. 2012 Jan 31;17(1):1. PMID: 22320877.
97. Sullivan-Marx EM. Directions for the development of nursing knowledge. *Policy Polit Nurs Pract*. 2006 Aug;7(3):164-8. doi: 10.1177/1527154406294185. PMID: 17071703.
98. Mackey A, Bassendowski S. The History of Evidence-Based Practice in Nursing Education and Practice, *Journal of Professional Nursing*. Volume 33, Issue 1, 2017 [acesso em 3 set. 2022], pp 51-55, ISSN 8755-7223. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2016.05.009>.
99. Okuno MFP, Belasco A, Barbosa D. Evolução da Pesquisa em Enfermagem até a Prática Baseada em Evidências. In: Barbosa D, Taminato M, Fram D, Belasco A. *Enfermagem Baseada em Evidências*. São Paulo: Editora Atheneu, 2014: 1-7.
100. Faria L, Oliveira-Lima JA de, Almeida-Filho N. Medicina baseada em evidências: breve aporte histórico sobre marcos conceituais e objetivos práticos do cuidado. *Hist cienc saude-Manguinhos* [Internet]. 2021Mar;28(1):59–78. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702021000100004>
101. Galvão CM, Sawada NO. Prática baseada em evidências: estratégias para sua implementação na enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem* [online]. 2003, v. 56, n. 1 [acesso em 4 maio 2023], pp. 57-60. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-71672003000100012>>. Epub 28 Feb 2012. ISSN 1984-0446. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672003000100012>.
102. Vieira AN, Petry S, Padilha MI. Best Practices in Historical Studies of Nursing and Health (1999-2017). *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2019Jul;72(4):973–8. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0538>
103. DeCS/MeSH Descritores em Ciências da Saúde. Pesquisa Translacional. OPAS, BIREME, BVS – Biblioteca Virtual em Saúde, 2023 [acesso em 10 mai. 2023]. Disponível em: https://decs.bvsalud.org/ths/resource/?id=53784&filter=ths_exact_term&q=Pesquisa%20Translacional.
104. Colombo IM, Anjos DAS, Antunes JR. Pesquisa translacional em ensino: uma aproximação. *PROFEPT* [Internet]. 15º de junho de 2019 [citado 17º de maio de 2023];3(1):51-70. Disponível em: <https://ojs.ifes.edu.br/index.php/ept/article/view/377>
105. Püschel VAA, Oliveira LB, Gomes ET, Santos KB, Carbogim FC. Educating for the implementation of evidence-based healthcare in Brazil: the JBI methodology. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* [online]. 2021, v. 55 [acesso em 17 maio 2023], e03718. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020016303718>>. Epub 31 Maio 2021. ISSN 1980-220X. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020016303718>.
106. Centro Brasileiro para o Cuidado à Saúde Baseado em Evidências: Centro de Excelência do JBI (JBI Brasil). Notícias. 2021 [acesso em 17 maio 2023]. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/jbibrasil/noticias/>.
107. Murad MH, Asi N, Alsawas M, et al. New evidence pyramid. *BMJ Evidence-Based Medicine* 2016;21:125-127.
108. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Retracted coronavirus (COVID-19) papers. 2020 [acesso em 16 nov. 2021]. Disponível em: <https://retractionwatch.com/retracted-coronavirus-covid-19-papers/>.

109. 3M Ciência. Estudo Global da 3M mostra que ceticismo em torno da ciência diminuiu. Artigo. 2020 [acesso em 10 abr. 2023]. Disponível em: https://www.google.com/url?q=https://curiosidad.3m.com/blog/pt/sosi-estado-da-ciencia-2020/&sa=D&source=docs&ust=1683829747573566&usg=AOvVaw0HxgeP2pQz0A6YX36hE_t9.
110. Helene AF; Ribeiro PL. Brazilian scientific production, financial support, established investigators and doctoral graduates. *Scientometrics* 2011. 89(2), 677-686. doi: <https://doi.org/10.1007/s11192-011-0470-2>
111. Murguía Burton ZF, Cao XE. Navigating mental health challenges in graduate school. *Nat Rev Mater* 7, 421–423 (2022). <https://doi.org/10.1038/s41578-022-00444-x>
112. Satinsky EN, Kimura T, Kiang MV, et al. Systematic review and meta-analysis of depression, anxiety, and suicidal ideation among Ph.D. students. *Sci Rep* 11, 14370 (2021). <https://doi.org/10.1038/s41598-021-93687-7>
113. Comte-Sponville, André. Apresentação da filosofia. São Paulo: Martins Fontes, 2002, p.57-64. In: Aranha, MLA. *Filosofando: introdução à filosofia*, 2016. v. único, 6ª ed. São Paulo: Moderna.
114. DeCS/MeSH Descritores em Ciências da Saúde. Ciência. OPAS, BIRENE, BVS – Biblioteca Virtual em Saúde, 2023 [acesso em 10 maio 2023]. Disponível em: https://decs.bvsalud.org/ths/resource/?id=12967&filter=ths_termall&q=ci%C3%Aancia.
115. Fratino, A. Naomi Oreskes on the Science of climate change and Covid-19 – and those who deny it. reportagem, 2020 [acesso em 15 mar. 2023]. Disponível em: <https://www.google.com/url?q=https://reporter.mcgill.ca/naomi-oreskes-on-the-science-of-climate-change-and-covid-19-and-those-who-deny-it/&sa=D&source=docs&ust=1683829747665671&usg=AOvVaw3qzObFV SgGrzGPfSgIaasi>.
116. Broerse JE, Zweekhorst MB, van Rensen AJ, de Haan MJ. Involving burn survivors in agenda setting on burn research: an added value? *Burns*. 2010 Mar;36(2):217-31. doi: 10.1016/j.burns.2009.04.004. Epub 2009 Jul 4. PMID: 19577849.
117. Kok G, Gottlieb NH, Peters GJ, Mullen PD, Parcel GS, Ruiters RA, Fernández ME, Markham C, Bartholomew LK. A taxonomy of behaviour change methods: an Intervention Mapping approach. *Health Psychol Rev*. 2016 Sep;10(3):297-312. doi: 10.1080/17437199.2015.1077155. Epub 2015 Oct 15. PMID: 26262912; PMCID: PMC4975080.
118. Minayo, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. -14ª ed.- São Paulo: Hucitec, 2014.
119. Stein E. Dialética e Hermenêutica: uma controvérsia sobre método e filosofia. In: Habermas Jürgen. *Dialética e Hermenêutica*. São Paulo: L&PM, 1987.
120. Nunes WA. A história do Departamento de Enfermagem do Hospital de Clínicas da Unicamp: os desafios da trajetória de busca pela excelência do cuidado/ Wilma Aparecida Nunes, Maria Itayra Padilha. - Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2015.
121. CNES. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. [acesso em 24 jan. 2022] Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Conj_Informacoes.asp?VCo_Unidade=3509502079798.
122. Rede Brasileira de Avaliação Tecnologia e Saúde (REBRATS). Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Publicado: 22 Abril 2015 [acesso em 21 maio 2023]. Disponível em: <http://rebrats.saude.gov.br/cjeuvm>.
123. Hospital de Clínicas Unicamp (HC Unicamp)– UNICAMP, Missão, visão e valores. 2023 [acesso em 15 mai. 2023]. Disponível em: <https://hc.unicamp.br/missao/>.
124. Revista Eletrônica do SimTec. Edições anteriores. 2022 [acesso em 14 maio 2023]. Disponível em: https://www.simtec.gr.unicamp.br/simtec_8/page.php?p=EDICOES-ANTERIORES.

125. Gomes SAF, Lins EC, Souza MAQ de, Andrade MC de, Leme PAF, Prado RFG, et al. Gestão compartilhada de pessoas e saberes. Sínteses: Revista Eletrônica do SimTec, Campinas, SP, n. 5, p. 14–14, 2016 [acesso em 9 maio 2023]. DOI: 10.20396/sinteses.v0i5.6998. Disponível em: <https://econtents.bc.unicamp.br/inpec/index.php/simtec/article/view/6998>.
126. Tozetti EDO. Oficinas de diálogo e problematização: uma metodologia de desenvolvimento organizacional na DGRH. Sínteses: Rev. Eletr. SimTec [Internet]. 17º de maio de 2016 [citado 9º de maio de 2023];(5):23-. Disponível em: <https://econtents.bc.unicamp.br/inpec/index.php/simtec/article/view/7007>
127. Gonçalves Tiziani AR, Silva Agostinho MM. Núcleo de estudos permanentes (NEP): o cecom promovendo aprimoramento e integração para seus profissionais. Sínteses: Rev. Eletr. SimTec [Internet]. 17º de maio de 2016 [citado 9º de maio de 2023];(5):159-. Disponível em: <https://econtents.bc.unicamp.br/inpec/index.php/simtec/article/view/7192>
128. Lins EC. Conpuesp – experiência de integração profissional – USP / UNICAMP / UNESP. Sínteses: Rev. Eletr. SimTec [Internet]. 17º de maio de 2016 [citado 9º de maio de 2023];(5):210-. Disponível em: <https://econtents.bc.unicamp.br/inpec/index.php/simtec/article/view/7197>
129. Andrade MC. Programa de atualização tecnológica da DGA - informatização: valorização do indivíduo. Sínteses: Rev. Eletr. SimTec [Internet]. 31º de outubro de 2016 [citado 9º de maio de 2023];(1):19-. Disponível em: <https://econtents.bc.unicamp.br/inpec/index.php/simtec/article/view/8198>
130. Leonardi LS, Mendes V. Solução para falta de recursos?. Sínteses: Rev. Eletr. SimTec [Internet]. 31º de outubro de 2016 [citado 9º de maio de 2023];(1):54-. Disponível em: <https://econtents.bc.unicamp.br/inpec/index.php/simtec/article/view/8930>
131. Jager M. O projeto hospital virtual brasileiro - Um repositório de informações médico-científicas. Sínteses: Rev. Eletr. SimTec [Internet]. 31º de outubro de 2016 [citado 9º de maio de 2023];(1):75-. Disponível em: <https://econtents.bc.unicamp.br/inpec/index.php/simtec/article/view/8951>
132. Lino APBL, et al. LEAN nas emergências: atuação na superlotação da unidade de emergência referenciada do hospital de clínicas da Unicamp / LEAN in emergencies: acting on overcrowding in the emergency referral unit of the clinical hospital at Unicamp. Brazilian Journal of Development, 2022. 8(3), 22372–22378. <https://doi.org/10.34117/bjdv8n3-435>.
133. Hospital de Clínicas Unicamp (HC Unicamp)– UNICAMP. Guideline COVID-19. 2023 [acesso em 17 maio 2023]. Disponível em: <https://hc.unicamp.br/guideline-covid-19/>.
134. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria n.º 485, de 11 de novembro de 2005. Aprova a norma regulamentadora n.º 32 (Segurança e saúde no trabalho em estabelecimentos de saúde) [Internet]. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília(DF); 2005 Nov 11 [acesso em 10 julho 2023]. Disponível em: https://www.gov.br/trabalho-e-emprego/pt-br/assuntos/inspecao-do-trabalho/seguranca-e-saude-no-trabalho/sst-portarias/2005/portaria_485_aprova_nr_32.pdf.
135. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva do Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Ofício circular n.º 2/2021/CONEP/SECNS/MS, de fevereiro de 2021. Brasília: 2021. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/images/Oficio_Circular_2_24fev2021.pdf
136. Politt, D. F. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem / Denise F. Polit, Cheryl Tatano Beck; revisão técnica: Karin Viegas, Priscila Schmidt Lora, Sandra Maria Cezar Leal; tradução: Maria da Graça Figueiró da Silva Toledo. - 9 ed. - Porto Alegre: Artmed, 2019. XXII, 431 p.: il.; 25cm. ISBN 978-85-8271-489-8.
137. Brasil. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.º 128, de 06 de março de 1997. Brasília, DF, 1997 [acesso em 15 out. 2022]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1997/res0218_06_03_1997.html.

138. Schmidt, B. Palazzi, A., Piccinini, C.A Entrevistas online: potencialidades e desafios para coleta de dados no context da pandemia de COVID-19. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, v.8, n.4, out. dez, 2020.
139. Salvador, Pétala Tuani Candido de Oliveira et al. Quality data analysis software used in nursing research. *Texto & Contexto - Enfermagem* [online]. 2019, v. 28 [acesso em 17 maio 2023], e20180304. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0304>. Epub 04 Nov 2019. ISSN 1980-265X. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0304>.
140. Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Revista Pesquisa Qualitativa*. São Paulo (SP), v. 5, n. 7, p. 01-12, abril. 2017 [acesso em 05 abr. 2023]. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82>
141. Allsop DB, Chelladurai JM, Kimball ER, Marks LD, Hendricks JJ. Qualitative Methods with Nvivo Software: A Practical Guide for Analyzing Qualitative Data. *Psych*. 2022; 4(2):142-159. <https://doi.org/10.3390/psych4020013>
142. Bauer MS, Damschroder L, Hagedorn H, Smith J, Kilbourne AM. An introduction to implementation science for the non-specialist. *BMC Psychol*. 2015;3(1):32.
143. Mark S. Bauer, JoAnn Kirchner. Implementation science: What is it and why should I care? *Psychiatry Research*, Volume 283, 2020, 112376, ISSN 0165-1781, <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.04.025>.
144. Wardle C, Derakhshan H. Módulo 2: Reflexão sobre a “desordem de informação”: formatos da informação incorreta, desinformação e má-informação. In: Ireton Cheryl; Posetti Julie (Eds.). *Jornalismo, fake news e desinformação*. Paris: UNESCO, 2019
145. Gesser-Edelsburg A. et al. The Public Sphere in Emerging Infectious Disease Communication: Recipient or Active and Vocal Partner? *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*. Cambridge University Press; 2015;9(4):447–58.
146. Rosling H, Roslinh O, Rönnlund AR. *Factfulness: o Hábito Libertador de Só Ter Opiniões Baseadas em Fatos*. 7. ed. Editora: Record, Brasil, 2010. p.360.
147. Chowdhury N, Khalid A, Turin TC. Understanding misinformation infodemic during public health emergencies due to large-scale disease outbreaks: a rapid review. *Z Gesundh Wiss*. 2023;31(4):553-573. doi: 10.1007/s10389-021-01565-3. Epub 2021 May 1. PMID: 33968601; PMCID: PMC8088318.
148. Gonçalves CC, Barbosa RR. Relevância das fontes de informação no cenário brasileiro durante a pandemia de covid-19. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde*, [S. l.], v. 17, n. 1, p. 67–83, 2023 [acesso em 15 maio 2023]. DOI: 10.29397/reciis.v17i1.3451. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/3451>.
149. Massarani L, Mendes IM, Fagundes V, Polino C, Castelfranchi Y, Maakaroun B. Confiança, atitudes, informação: um estudo sobre a percepção da pandemia de COVID-19 em 12 cidades brasileiras. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2021Aug;26(Ciênc. saúde coletiva, 2021 26(8)):3265–76. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021268.05572021>
150. Fernandez M, Koga N, Lucas P, Palotti M, Mello J, Mota M, et al. 2022 [acesso em 11 ago. 2023]. Available from: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/11388/1/Evidencias_Cientificas_cap20.pdf.
151. Santana GP; Simeão ELMS. Desinformação e “fake news” no contexto da pandemia no Brasil. *Revista Ibero-Americana de Ciência da Informação*, v. 14, n. 2, p. 515–532, 2021 [acesso em 21 maio 2021]. DOI: 10.26512/rici.v14.n2.2021.36692. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/RICI/article/view/36692>.
152. Lopes IS; Leal DU. Entre a pandemia e o negacionismo: a comunicação de riscos da Covid-19 pelo Ministério da Saúde do Brasil. *Chasqui. Revista Latinoamericana de Comunicación* n.º 145, diciembre 2020 - marzo 2021 (Sección Diálogo de saberes, pp. 261-280). ISSN 1390-1079 / e-ISSN 1390-924X.

153. Pimenta CAM. Guia para a implementação de protocolos assistenciais de enfermagem: integrando protocolos, prática baseada em evidência e classificações de enfermagem/ Cibele Andrucio de Mattos Pimenta...[et al.]. - São Paulo: Coren-SP, 2017. ISBN 978-85-68720-07-3.
154. Biacchi Gomes E, Maria Saes Busato I, Fernandes de Oliveira MM. COVID-19 e a atuação da Organização Mundial da Saúde. Hygeia [Internet]. 16º de junho de 2020 [citado 17º de maio de 2023];:11-5. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/54086>
155. Freire P. Pedagogia da esperança: um reencontro com a Pedagogia do oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2006 [original de 1992].
156. Andrade CD de. Reunião. 7.ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 1976. In: Rossoni I. No rumo(r) do poema: estudo de um Drummond. Itinerários, Araraquara, 15/16:287-296, 2000.

Apêndice A – Roteiro de Entrevista

Roteiro da entrevista		
Participante:		
Data:	Hora de início:	Hora de término:
Introdução		
<p>Meu nome é Ana Paula, sou mestranda em ciências da saúde na Universidade Estadual de Campinas. Sou enfermeira, tenho 28 anos e me autodeclaro como parda, cheguei a atuar na linha de frente em um hospital de campanha em Campinas e dado as minhas experiências resolvi investigar sobre a comunicação durante a epidemia de COVID-19. Obrigado por participar desta entrevista. Esta entrevista visa obter uma compreensão das suas próprias opiniões e percepções como profissional de saúde. Portanto, não há resposta errada. A entrevista durará cerca de 35-45 minutos. É conveniente para você realizar esta entrevista agora? Todas as suas respostas serão anônimas e você pode interromper esta entrevista a qualquer momento. Para fins de registro, gostaria de gravar a entrevista. Você concorda?</p> <p><i>Começar a gravar</i></p>		
<p>Você poderia declarar que concorda em ser gravado(a) novamente, para ficar registrado? Você declara que leu e concorda com o Termo de Consentimento Livre Esclarecido enviado por e-mail? Você autoriza a gravação da sua voz?</p>		
Perguntas de abertura		
<p>1 Você pode me contar, brevemente, um pouquinho sobre quem é você?</p> <p><i>Acompanhamento:</i> Idade, cidade onde mora, local(is) de trabalho, profissão, tempo de experiência, raça/cor, onde se formou, cuida de alguém, já participou de alguma pesquisa</p>		
<p>2 Como o seu trabalho está relacionado à COVID-19?</p>		
Fontes e coordenação de informações		
<p>3. Você pode descrever como pesquisa as informações da COVID-19?</p> <p><i>Acompanhamento:</i> Com que frequência/rotina (quantas vezes por mês)? Onde você busca informações? Por que você escolhe este caminho? Você sente necessidade de buscar em outras fontes internacionais? Domina outro idioma? Acha que isso afeta de alguma forma?</p>		
<p>4. O que você considera como fonte oficial de informações da COVID-19?</p> <p><i>Acompanhamento:</i> Por quê?</p>		
<p>5. O que você considera uma fonte confiável de informações da COVID-19?</p> <p><i>Acompanhamento:</i> Por quê?</p>		
<p>6. Como deveria ser a comunicação/interação dessas fontes de informação, que você acabou de mencionar, com os profissionais da saúde?</p>		
<p>7. Você acha que outros Profissionais de Saúde tem uma percepção diferente da sua?</p>		

<i>Acompanhamento:</i> Poderia explicar?
8. Qual sua percepção como profissional de saúde da coordenação da informação durante a pandemia COVID-19?
9. Você acha que outros Profissionais de Saúde tem uma percepção diferente da sua? <i>Acompanhamento:</i> Poderia explicar?
Desordem de informação
10. Qual seria a definição de informações falsas sobre a COVID-19? Como elas afetam o trabalho em saúde? <i>Acompanhamento:</i> Você poderia dar exemplos? Onde é possível encontrá-las? Com que frequência/rotina (quantas vezes por semana)
11. Qual seria a definição de informações prejudiciais sobre a COVID-19? Como elas afetam o trabalho em saúde? <i>Acompanhamento:</i> Você poderia dar exemplos? Onde é possível encontrá-las? Com que frequência? /rotina (quantas vezes por semana)
12. Você acha que outros Profissionais de Saúde têm uma percepção diferente da sua? <i>Acompanhamento:</i> Poderia explicar?
Comunicação e educação
13. Como você tem se comunicado sobre a COVID-19 como profissional de saúde durante a epidemia? <i>Acompanhamento:</i> Você poderia dar um exemplo?
14. Como outras pessoas (que não são profissionais da saúde) veem a comunicação durante a epidemia de COVID-19 no Brasil? <i>Acompanhamento:</i> Você poderia dar um exemplo?
15. Como devem atuar os Profissionais de Saúde durante a epidemia de COVID-19 em relação à comunicação?
16. Você acha que outros Profissionais de Saúde tem uma percepção diferente da sua? <i>Acompanhamento:</i> Poderia explicar?
17. No local onde você trabalha, há algum encontro programado para conversar sobre atualização científica ou estudo dirigido? <i>Acompanhamento:</i> reunião periódica, treinamento, passagem de plantão, round, etc
18. O que você faria no caso de ler um artigo interessante que contribua e proponha mudanças em sua prática profissional?
19. Desde quando surgiu a COVID-19, você chegou a participar de algum curso ou congresso sobre a temática? <i>Acompanhamento:</i> Se sim, qual. Se não, por quê?
20. Você acha que outros Profissionais de Saúde tem uma percepção diferente da sua? <i>Acompanhamento:</i> Poderia explicar?

PBE
21. Como você definiria a palavra evidência? <i>Acompanhamento: Poderia dar um exemplo? Onde podemos encontrar?</i>
22. Quais têm sido as principais barreiras para a Prática Baseada em Evidências na epidemia da COVID-19 no Brasil?
Perguntas finais
23. O que poderia ter sido feito de forma diferente?
24. Resumindo, qual é a relação entre comunicação e COVID-19?
25. Tem algo que você acha interessante de mencionar sobre a pesquisa ou sobre a temática?

Apêndice B – E-mail convite

 Prezado(a) Profissional,

Você está sendo convidado a participar como voluntário da pesquisa “*Implementação de práticas baseadas em evidências frente às desinformações na COVID-19*”, desenvolvida pela mestranda Ana Paula de Oliveira Dias, sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Eliete Maria Silva, vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Unicamp.

 A pesquisa é 100% anônima, possui o financiamento do CNPq e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, CAEE nº: 46691121.9.0000.5404.

 A coleta de dados será realizada em dois momentos via Google Meet:
1 entrevista com duração aproximada de 35-45 minutos,
2 grupo focal com duração 45-55 minutos.

 **Sua participação é muito importante.**

 Participe e compartilhe com seus contatos!

 Para acessar a pesquisa é só clicar no link 

<https://forms.gle/myHGRKZAmUdp4oe9A>

Obrigada pela sua atenção e contribuição! 

Mestranda Ana Paula de Oliveira

Dias & Prof^a. Dr^a. Eliete Maria Silva

Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas

Qualquer informação adicional que se faça necessária você poderá entrar em contato em horário comercial (9h-17h) com as pesquisadoras nos e-mail:

a231273@dac.unicamp.br (Ana Paula) ou emsilva@unicamp.br (Eliete).

Apêndice C – Visualização do Google formulário por um celular

docs.google.com/forms/c

Implementação de práticas baseadas em evidências frente à desordem informacional na COVID-19

O objetivo dessa pesquisa é compreender a desordem informacional no enfrentamento da COVID-19 na perspectiva dos profissionais de saúde e o seu impacto na implantação das Práticas Baseadas em Evidências. Para marcar o melhor dia e horário da sua participação nessa primeira fase é preciso que você leia e sinalize concordar com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) disponível abaixo.

Recomendamos que para sua segurança você baixe o TCLE, acessando-o em:

<https://drive.google.com/file/d/1R7igE4PI65hhUla9zDVamrT3jO7hayOe/view?usp=sharing>

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM

UNICAMP TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Implementação de práticas baseadas em evidências frente às desinformações da COVID-19

Pesquisadoras responsáveis: mestrande Ana Paula de Oliveira Dias e professora Dr^a Eliete Maria Silva (orientadora)
Número do CAAE:16691.121.9.0000.5404

Você está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) de uma pesquisa. Este é um convite único, asseguramos que você será contactado(a) novamente somente se sentir a participar das etapas da pesquisa, que são entrevista e grupo focal, ambos realizados de forma remota. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), visa assegurar seus direitos como participante da pesquisa e é elaborado em duas vias, sendo que uma ficará com você e a outra com as pesquisadoras.

Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com a Ana Paula de Oliveira Dias ou com a prof^a Dr^a Eliete Maria Silva. Se preferir, pode levar o tempo necessário e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo se você não aceitar participar ou retirar sua autorização a qualquer momento.

Não dia da entrevista, será solicitado que você assine o TCLE e informe o seu aceite à participação, o que corresponderá a assinar este termo, o qual poderá ser salvo em um aparelho eletrônico e/ou impresso, ou poderá ser solicitado às pesquisadoras (via e-mail), se assim desejar. RECOMENDAMOS FORTMENTE QUE D(A) SENHOR(A), PARA PROTEÇÃO DE SEUS DIREITOS, SALVE UMA VIA DESTA TERMO.

Justificativa e objetivos

Com o duplo desafio de enfrentar a epidemia e lidar com o combate à desinformação, os profissionais de saúde têm encontrado adversidades em suas práticas profissionais, estando vulneráveis ao vírus e às desinformações. Por isso pretende-se com esta pesquisa compreender a desordem informacional na visão desses profissionais que atuam no enfrentamento da COVID-19, e suas interações com a Prática Baseada em Evidências (PBE). Também, serão analisados os desafios para implementação da PBE durante essa crise sanitária e apreender a percepção desses profissionais na comunicação em saúde.

Procedimentos

Participando do estudo você está sendo convidado(a) a uma entrevista por vídeo chamada que durará 35-45 minutos. Será solicitado que você compartilhe opiniões e experiências sobre sua prática profissional, busca e implementação de evidências científicas durante a pandemia da COVID-19. Isso significa que não há respostas certas ou erradas para as perguntas - apenas ideias, experiências e opiniões pessoais que são extremamente valiosas para nós. Não há necessidade de preparar nada com antecedência, apenas garante que você esteja em um ambiente calmo, tranquilo e privado e em posse de aparelhos eletrônicos, celular ou notebook, com acesso à internet. Serão tomadas notas e realizada gravação do áudio da entrevista. Após uma semana você receberá um resumo da entrevista para o seu "feedback", revisões e aprovação. As entrevistas serão transcritas e esses dados serão armazenados por 5 anos em unidade digital de armazenamento, protegidas por senha sob a responsabilidade das pesquisadoras.

Desconfortos e riscos

Aparta-se que essa pesquisa apresenta risco mínimo, sendo eles possivelmente decorrentes da sensibilidade, inclinação ou comprometimento ao responder as perguntas da pesquisa e o uso do tempo (35 a 45 minutos) e dos recursos próprios do participante (celular, notebook e dados de internet). Ressaltamos que você possui liberdade para não responder ou interromper a entrevista a qualquer momento. Por se tratar de uma pesquisa com coleta de dados em ambiente virtual há riscos característicos em função das limitações das tecnologias utilizadas. Poderá haver, por exemplo, interrupção da entrevista por problemas de conexão com a internet. Somente nesse caso, você será contactado posteriormente para marcar um novo encontro, caso tenha interesse e disponibilidade, ou em caso de retorno imediato a entrevista retornará do ponto em que parou.

Você **não** deve participar desta pesquisa se possuir dificuldade de acesso à internet para comunicação com privacidade e caso esteja afetado(a) de suas atividades laborais ou esteja trabalhando a menos de um ano.

Benefícios

Benefícios
 Espera-se que essa pesquisa não acarretará em benefícios diretos aos participantes, contudo interfere em benefícios indiretos como proporcionar reflexão e possível mudança de comportamento em relação à busca e transmissão dos conhecimentos e no combate à desinformação. Ademais, considera-se que a COVID-19 tem gerado sobrecarga profissional, sendo sua participação na pesquisa um momento para desalafar, pensar e refletir sobre. Além disso, a pesquisa possui relevância social contribuindo para o conhecimento científico advindo da publicação e divulgação dos resultados da pesquisa, assim como contribuir na melhoria da assistência prestada pelos participantes e nas tomadas de decisões e formulação de políticas públicas.

Sigilo e privacidade
 Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado.

Ressarcimento e indenização
 Não é previsto o pagamento de taxas de ressarcimento de participação neste estudo, uma vez que a mesma não trará nenhum tipo de ônus ao participante. Você terá a garantia ao direito à indenização diante de eventuais danos, físicos ou intelectuais, decorrentes da pesquisa quando comprovados nos termos da legislação vigente.

Contato
 Em caso de dúvidas sobre a pesquisa ou informação adicional, você poderá entrar em contato em horário comercial (9h às 17h) com a Ana Paula de Oliveira Dias no endereço R. Tessália Vieira de Camargo, 126 Cidade Universitária, Campinas - SP, CEP 13083-887, pelo e-mail apaula@unicamp.br ou pelo telefone (13) 3083-3340. Caso não obtenha sucesso poderá contatar a professora Dra. Eliete Maria Silva, no mesmo endereço, e-mail emaria@unicamp.br ou pelo telefone (19) 9972-9137.

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação e sobre questões éticas da pesquisa, você poderá entrar em contato com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) das 9h às 18h de segunda a sexta-feira no endereço SRTV 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PD 700, 3º andar - Ala Norte CEP: 70718-900, Brasília - DF, telefone (61) 3115-8877 e-mail conep@ci.gov.br ou à secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNICAMP das 8h às 11h30min e das 13h às 17h30min na Rua Tessália Vieira de Camargo, 126, CEP 13083-887 Campinas - SP, telefone (19) 3521-8936 ou (19) 3521-7187, e-mail cep@unicamp.br.

Responsabilidade dos Pesquisadores
 Assure-se ter compreendido as condições da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Assure-se.

Também, ter explicado e fornecido uma via deste documento ao participante da pesquisa. Informe que o estudo foi aprovado pelo CEP presente o qual o projeto foi apresentado. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.


 Pesquisadora responsável
 Ana Paula de Oliveira Dias
 Aluna de mestrado do programa de pós-graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Enfermagem da Unicamp.
 Data: 22/06/2021


 Pesquisadora e orientadora responsável
 Prof. Dra. Eliete Maria Silva
 Faculdade de Enfermagem da Unicamp.
 Data: 22/06/2021

Após ter lido sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios, potenciais riscos e desconfortos, você aceita participar da pesquisa e autoriza a gravação da sua voz? *

SIM, aceito participar da pesquisa e autorizo a gravação de minha voz.

Não aceito participar da pesquisa.

Página 1 de 4

Próxima

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.

Este formulário foi criado em Unicamp. [Denunciar abuso](#)

Google Formulários



Implementação de práticas baseadas em evidências frente à desordem informacional na COVID-19

Ok. Tudo bem.

Página 4 de 4

[Voltar](#) [Enviar](#)

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.

Este formulário foi criado em Unicamp. [Denunciar abuso](#)

Google Formulários




Após ter lido sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios, potenciais riscos e desconfortos, você aceita participar da pesquisa e autoriza a gravação da sua voz? *

SIM, aceito participar da pesquisa e autorizo a gravação de minha voz.

Não aceito participar da pesquisa.

Página 1 de 4

[Próxima](#)

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.

Este formulário foi criado em Unicamp. [Denunciar abuso](#)

Google Formulários



Que bom que você aceitou. Antes de agendarmos o nosso encontro gostaria de saber um pouco mais sobre você.

Qual é a sua idade? *

Sua resposta _____

Em qual cidade mora? *

Campinas

Americana

Hortolândia

Sumaré

Indaiatuba

Jaguariúna

Valinhos

Vinhedo

Pedreira

Pedreira

Nova Odessa

Outro: _____

Qual é a sua profissão? *

Enfermeiro(a)

Médico(a)

Fisioterapeuta

Farmacêutico(a)

Psicólogo(a)

Fonoaudiólogo(a)

Assistente Social

Terapeuta Ocupacional

Dentista

Nutricionista

Outro: _____

<     <    

Qual é a renda do seu grupo familiar em salários mínimos (Considerando o salário mínimo do Estado de São Paulo de R\$ 1.163,55) *

1 a 2 salários

2 a 3 salários

3 a 5 salários

5 a 10 salários

Acima de 10 salários

Quantas pessoas compõem o seu grupo familiar (incluindo você)? *

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Quanto tempo de experiência você tem? *

1 a 2 anos

docs.google.com/forms/c

Quanto tempo de experiência você tem? *

1 a 2 anos

2 a 5 anos

5 a 10 anos

10 a 15 anos

15 a 20 anos

Mais que 20 anos

Em qual instituição você se formou? *

Sua resposta

Qual setor você trabalha no HC? *

Sua resposta

Qual é o vínculo empregatício com no HC ? *

Unicamp

Funcamp

Contrato emergencial

Trabalha em outra instituição? Se sim, em qual? *

Sua resposta _____

Como você se identifica a partir da raça? *

Branco(a)

Preto(a)

Pardo(a)

Amarelo(a)

Indígena

Prefiro não declarar

Você cuida de alguém sozinho (a) ou de modo compartilhado? Exemplo: filhos, pais idosos, etc *

Sim, sozinho(a)

Sim, de modo compartilhado (ajuda do conjugue, filhos, irmãos)

Não

Você já desenvolveu ou participou de alguma pesquisa? *

Sim

Não

Página 3 de 4

[Voltar](#) [Próxima](#)

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.

Este formulário foi criado em Unicamp. [Denunciar abuso](#)

Google Formulários



Agora sim. Vamos lá? Quando é melhor para você realizarmos a vídeo chamada?

A entrevista tem uma duração prevista de 35-45 minutos.

Em quais horários você está disponível? Favor assinalar pelo menos uma opção. Seleccione todas as opções aplicáveis.

	Manhã	Meio-dia	Tarde	Noite
Segunda-feira	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terça-feira	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quarta-feira	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quinta-feira	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sexta-feira	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Quarta-feira

Quinta-feira

Sexta-feira

Obrigada por sua disponibilidade e interesse em participar da pesquisa. Iremos enviar o dia e o horário do nosso encontro junto com o link do meet. Para isso, gostaríamos de saber qual é o seu melhor e-mail. *

Sua resposta

Página 4 de 4

[Voltar](#) [Enviar](#)

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.

Este formulário foi criado em Unicamp. [Denunciar abuso](#)

Google Formulários

Qual é a renda do seu grupo familiar em salários mínimos (Considerando o salário mínimo do Estado de São Paulo de R\$ 1.163,55) *

1 a 2 salários

2 a 3 salários

3 a 5 salários

5 a 10 salários

Acima de 10 salários

Quantas pessoas compõem o seu grupo familiar (incluindo você)? *

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Quanto tempo de experiência você tem? *

1 a 2 anos

2 a 5 anos

5 a 10 anos

10 a 15 anos

15 a 20 anos

Mais que 20 anos

Em qual instituição você se formou? *

Sua resposta _____

Qual setor você trabalha no HC? *

Sua resposta _____

< [book icon] [home icon] [download icon] [profile icon]

Qual é o vínculo empregatício com no HC ? *

Unicamp

Funcamp

Contrato emergencial

Trabalha em outra instituição? Se sim, em qual? *

Sua resposta _____

Como você se identifica a partir da raça? *

Branco(a)

Preto(a)

Pardo(a)

Amarelo(a)

Indígena

Prefiro não declarar

Você cuida de alguém sozinho (a) ou de modo compartilhado? Exemplo: filhos, pais idosos, etc *

Sim, sozinho(a)

Sim, de modo compartilhado (ajuda do conjugue, filhos, irmãos)

Não

Você já desenvolveu ou participou de alguma pesquisa? *

Sim

Não

Página 3 de 4

[Voltar](#) [Próxima](#)

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.

Este formulário foi criado em Unicamp. [Denunciar abuso](#)

Google Formulários



Agora sim. Vamos lá? Quando é melhor para você realizarmos a vídeo chamada?

A entrevista tem uma duração prevista de 35-45 minutos.

Em quais horários você está disponível? Favor assinalar pelo menos uma opção. Seleccione todas as opções aplicáveis.

	Manhã	Meio-dia	Tarde	Noite
Segunda-feira	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terça-feira	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quarta-feira	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quinta-feira	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sexta-feira	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Quarta-feira

Quinta-feira

Sexta-feira

Obrigada por sua disponibilidade e interesse em participar da pesquisa. Iremos enviar o dia e o horário do nosso encontro junto com o link do meet. Para isso, gostaríamos de saber qual é o seu melhor e-mail. *

Sua resposta

Página 4 de 4

[Voltar](#) [Enviar](#)

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.

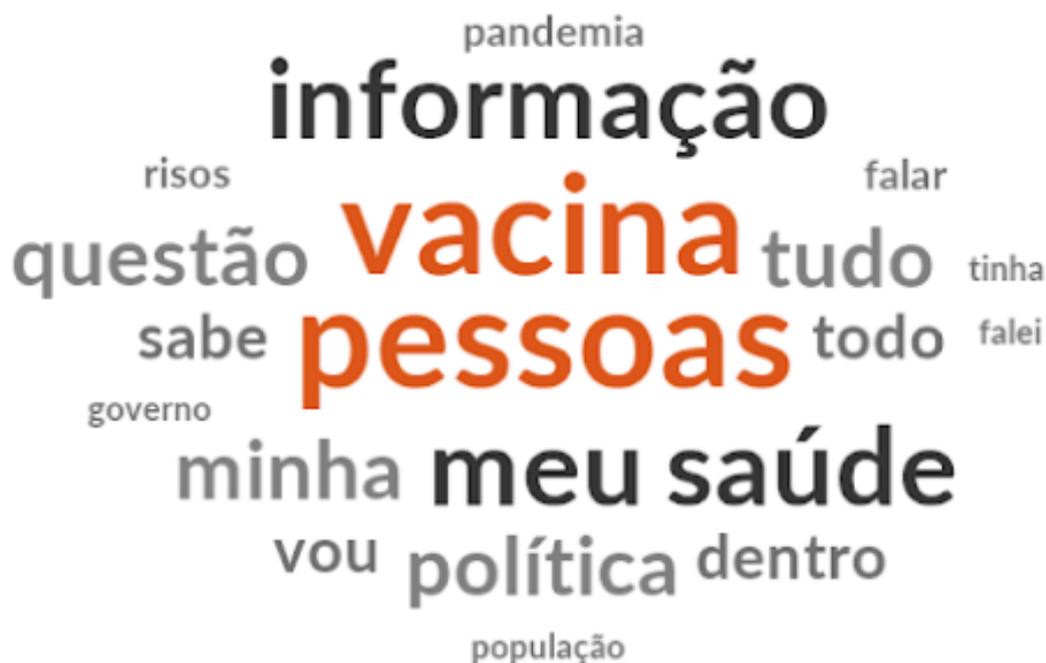
Este formulário foi criado em Unicamp. [Denunciar abuso](#)

Google Formulários

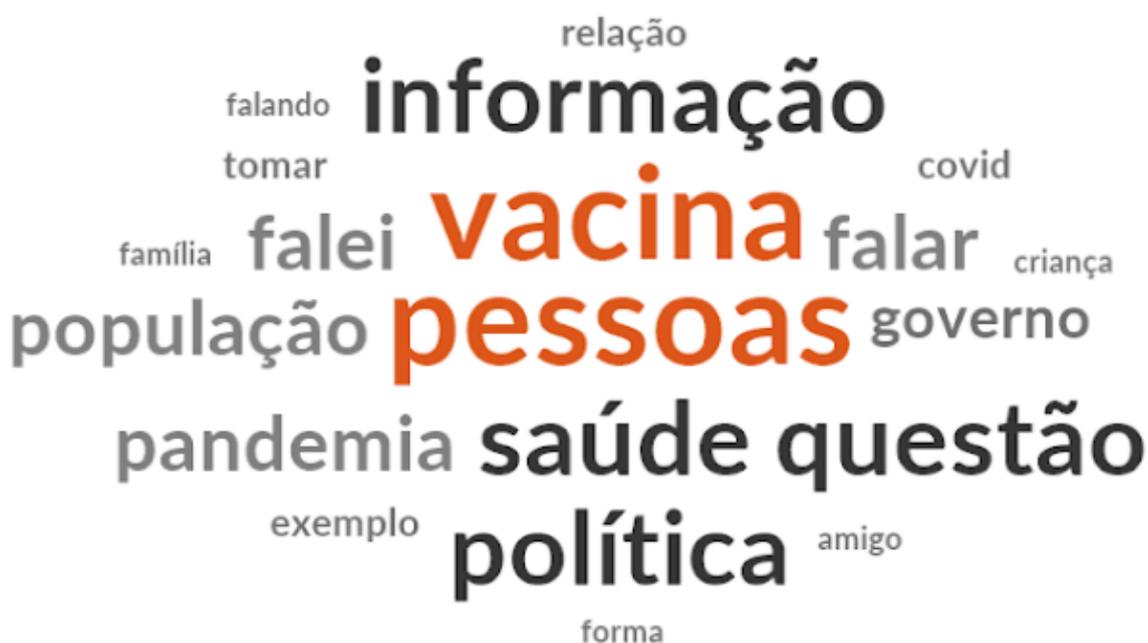
Apêndice D – Nuvens de palavras geradas no NVivo

1) Política e relações sociais

Primeira versão:

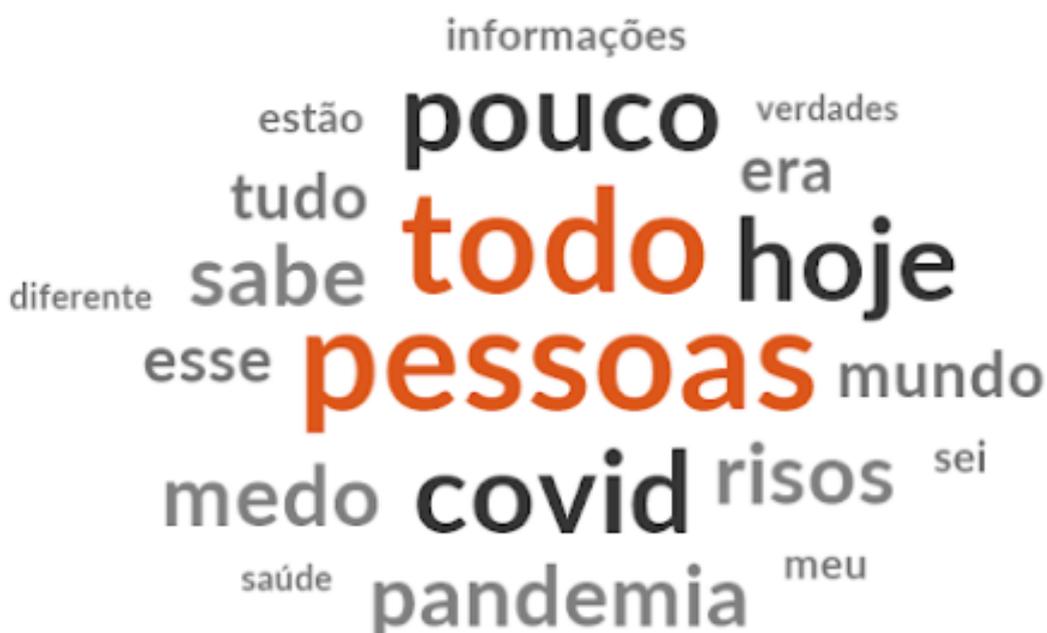


Segunda versão:

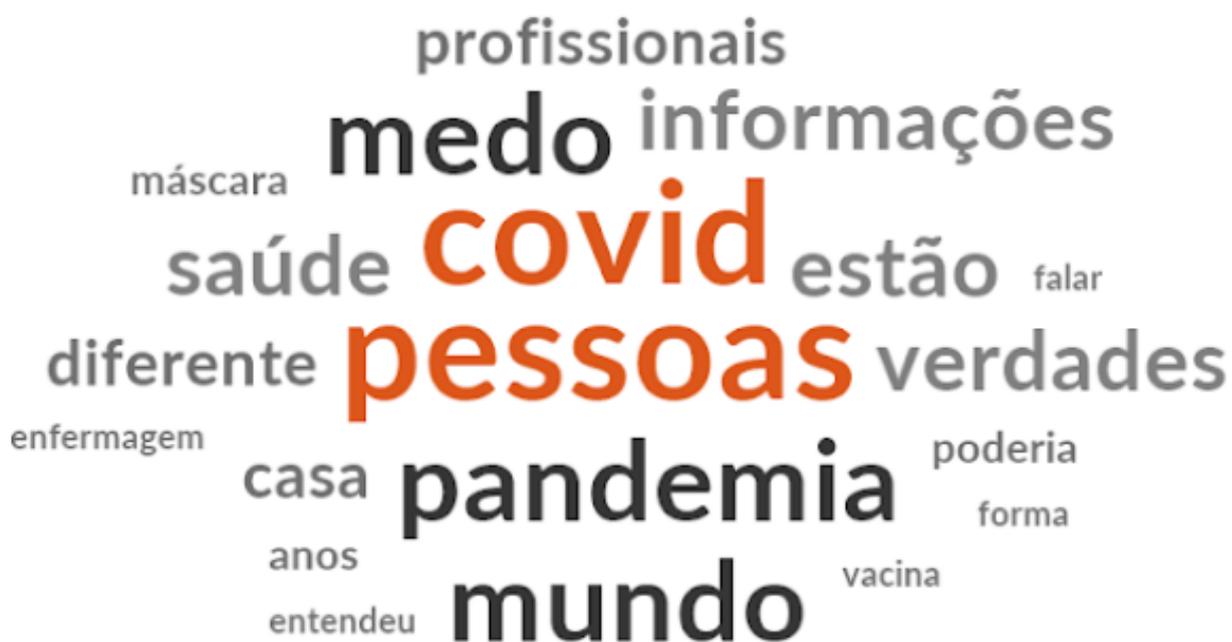


2) Subjetividade

Primeira versão:

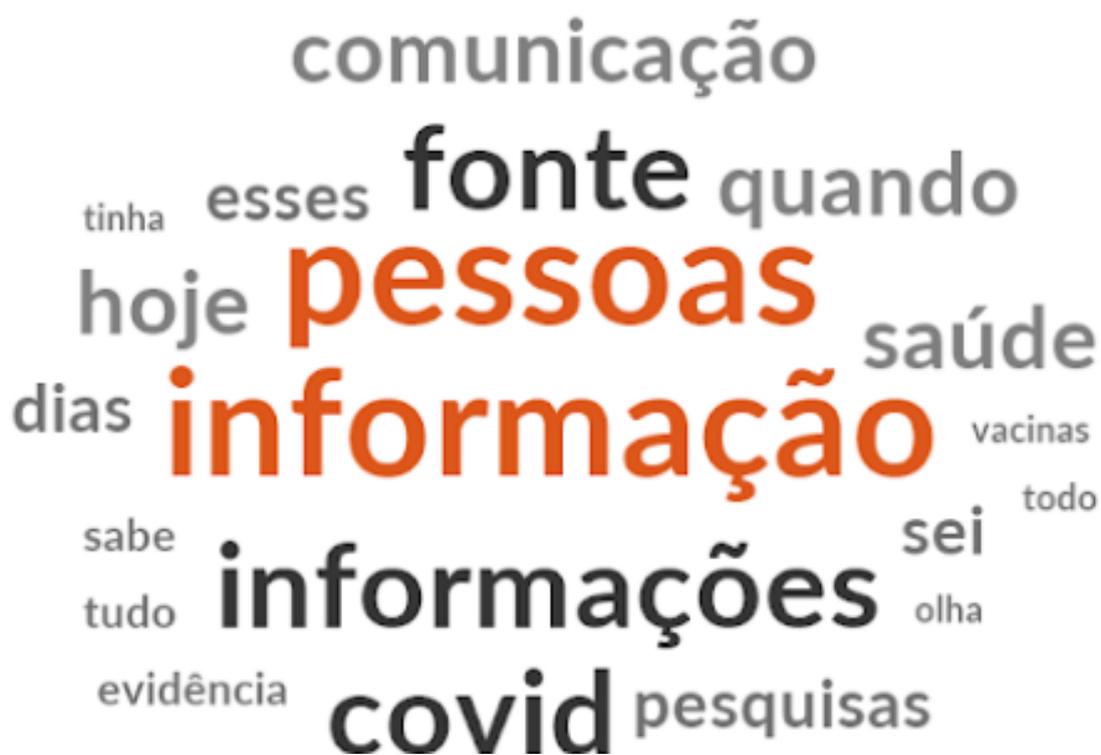


Segunda versão:

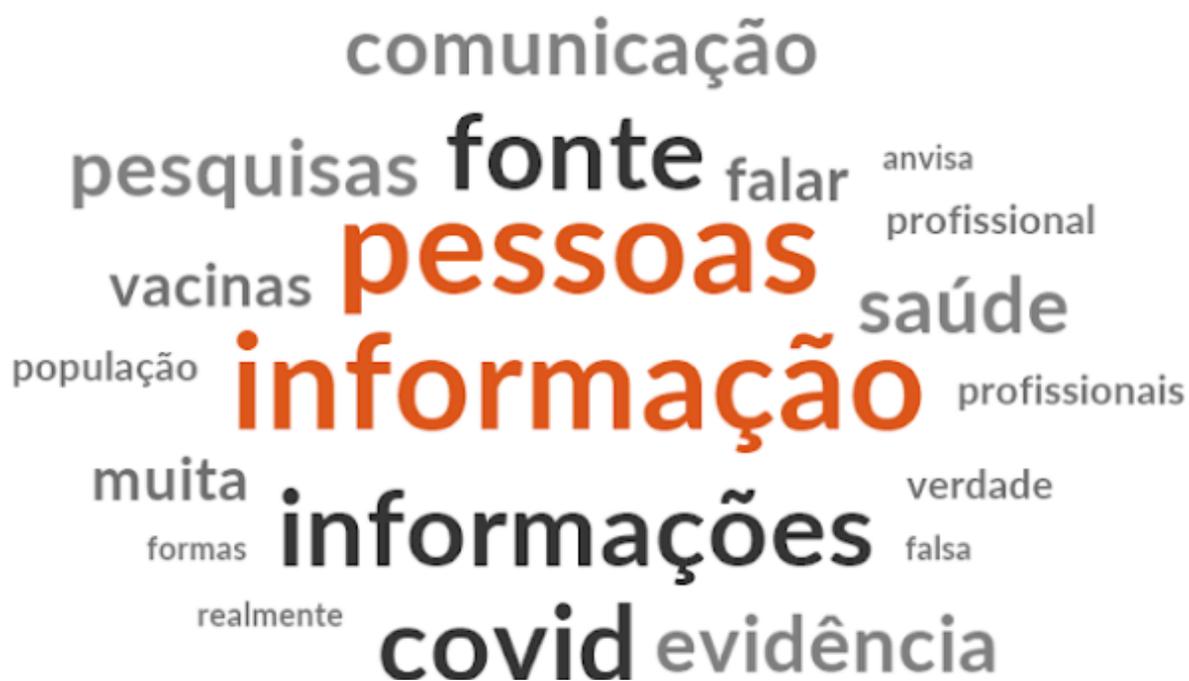


3) Comunicação e ciência

Primeira versão:

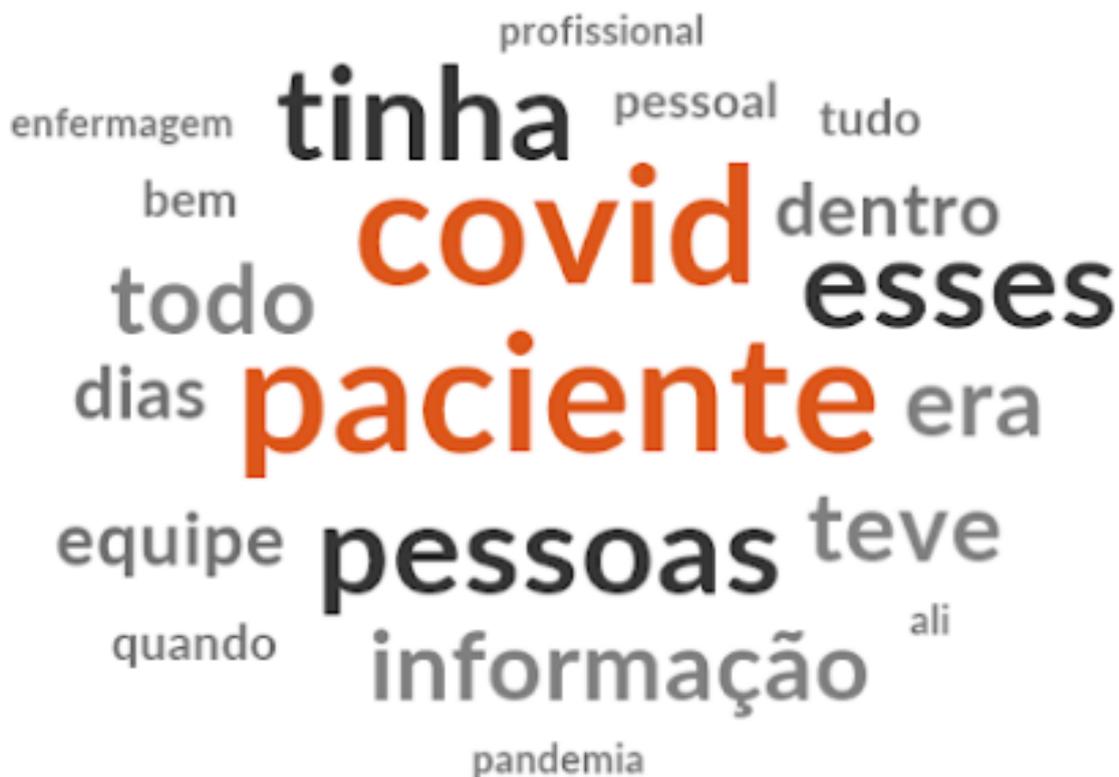


Segunda versão:

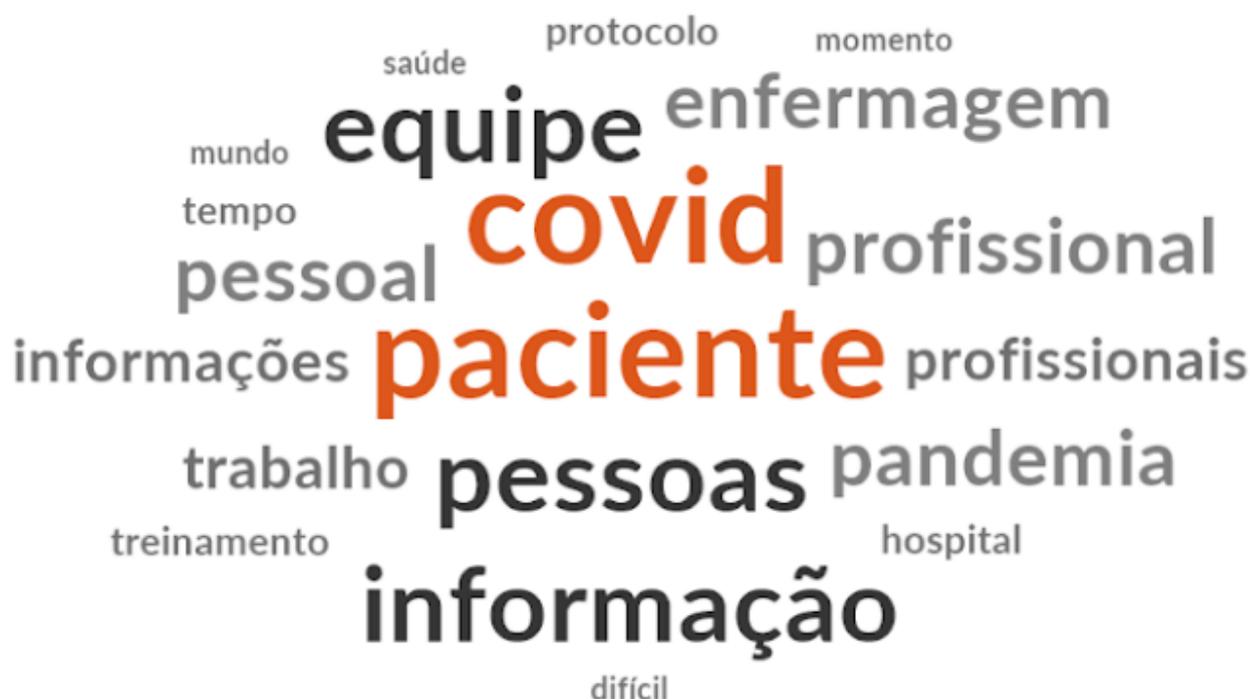


4) Processo de trabalho

Primeira versão:

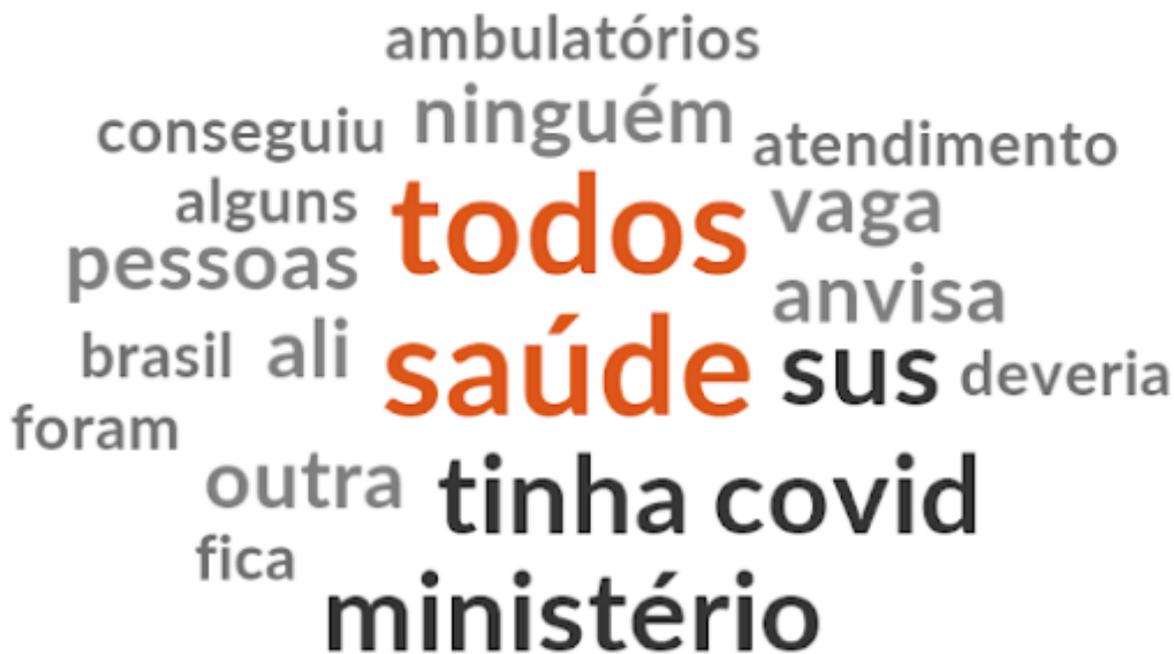


Segunda versão:

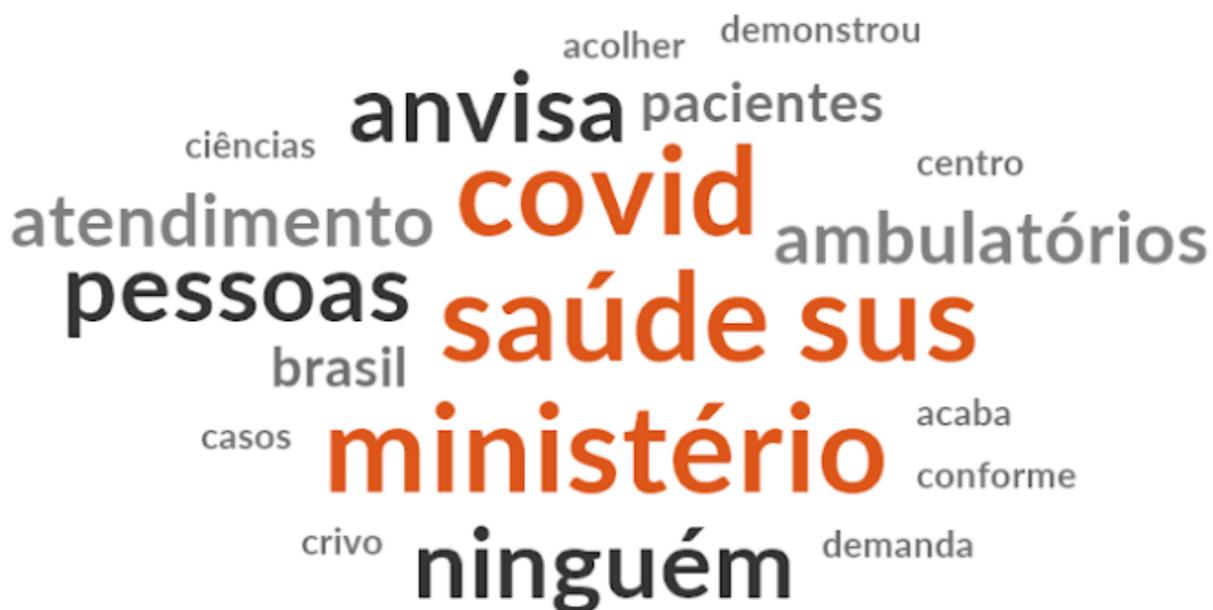


5) SUS

Primeira versão:



Segunda versão:



Apêndice E – Plano de Gestão de Dados

Implementação de Práticas Baseadas em Evidências frente à desordem informacional na COVID-19

Descrição dos Dados e Metadados

Quais serão os dados coletados?

Bloco com dados sociodemográficos dos participantes, nuvem de palavras, árvore de palavras, matriz de codificação, matriz estrutural dos nós criados no software new NVivo das 5 temáticas que emergiram. Bloco com todas as entrevistas transcritas e anonimizadas em documentos no word. Os blocos serão armazenados em pasta no google drive.

Que metadados serão anotados e qual padrão será seguido?

Respostas dos participantes da entrevista sobre sua opinião e percepção da desinformação durante a pandemia da COVID-19 no Brasil, tais dados seguirão o padrão Data Documentation Initiative (DDI). A metodologia adotada será entrevista semi-estruturada com os participantes que concordarem com o TCLE, via meet, com duração aproximada de 35 minutos.

Aspectos Legais e Facilidade de Acesso aos Dados

Quais são as questões legais e éticas associadas aos dados e relevantes a este projeto?

O projeto e a metodologia de coleta de dados foram submetidos à Plataforma Brasil e aprovados pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Unicamp, nº CAAE46691121.9.0000.5404.

Quais são as políticas a serem utilizadas para o compartilhamento de dados?

Devido a implicações éticas e dado a garantia do sigilo da identidade e de que nenhuma informação seria oferecida a outrem que não façam parte da equipe de pesquisadoras, conforme descrito no TCLE, os dados obtidos não serão disponibilizados.

Gestão de Dados e Armazenamento

Em que formatos serão armazenados os arquivos resultantes da pesquisa em questão? Que software poderá ser utilizado para a manipulação de cada um dos formatos listados?

As entrevistas transcritas serão armazenadas em documentos no formato .docx.

Como e onde estes arquivos serão mantidos? Por quanto tempo ocorrerá esta preservação? Como será realizado o backup destes dados?

Resultados de pesquisa planejados

Text - "Percepções sobre o impacto da desordem informacional em práticas de saúde na pandemia de COVID-19"

Manuscrito a ser submetido na revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação

Text - "DESAFIOS PARA PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS NA COVID-19: PERCEPÇÕES DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE"

Título provisório. Manuscrito em fase de refinamento para submissão a posteriori.

Detalhes de resultados de pesquisa planejados

Título	Tipo	Data de lançamento prevista	Nível de acesso inicial	Repositório(s) pretendido(s)	Tamanho de arquivo previsto	Licença	Padrão(s) de metadados	Pode conter dados confidenciais?	Pode conter PII?
Percepções sobre o impacto da desordem informacion ...	Text	2023-05-14	Closed	nada especificado		nada especificado	nada especificado	No	No
DESAFIOS PARA PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS NA COV ...	Text	2023-06-29	Closed	nada especificado		nada especificado	nada especificado	No	No

Resultados de pesquisa planejados

Text - "Percepções sobre o impacto da desordem informacional em práticas de saúde na pandemia de COVID-19"

Manuscrito a ser submetido na revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação

Text - "DESAFIOS PARA PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS NA COVID-19: PERCEPÇÕES DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE"

Título provisório. Manuscrito em fase de refinamento para submissão a posteriori.

Detalhes de resultados de pesquisa planejados

Título	Tipo	Data de lançamento prevista	Nível de acesso inicial	Repositório(s) pretendido(s)	Tamanho de arquivo previsto	Licença	Padrão(s) de metadados	Pode conter dados confidenciais?	Pode conter PII?
Percepções sobre o impacto da desordem informacion ...	Text	2023-05-14	Closed	nada especificado		nada especificado	nada especificado	No	No
DESAFIOS PARA PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS NA COV ...	Text	2023-06-29	Closed	nada especificado		nada especificado	nada especificado	No	No

Apêndice F – Termo de Consentimento Livre Esclarecido



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM

UNICAMP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Implementação de Práticas Baseadas em Evidências frente à desordem informacional na COVID-19

Pesquisadoras responsáveis: mestranda Ana Paula de Oliveira Dias e professora Dr^a Eliete Maria Silva (orientadora)
Número do CAAE:46691121.9.0000.5404

Você está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) de uma pesquisa. Este é um convite único, asseguramos que você será contactado(a) novamente somente se aceitar a participar das etapas da pesquisa, que são entrevista e grupo focal, ambos realizados de forma remota. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), visa assegurar seus direitos como participante da pesquisa e é elaborado em duas vias, sendo que uma ficará com você e a outra com as pesquisadoras.

Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de aceitá-lo, você poderá esclarecê-las com a Ana Paula de Oliveira Dias ou com a prof^a dr^a Eliete Maria Silva. Se preferir, pode levar o tempo necessário e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo se você não aceitar participar ou retirar sua autorização a qualquer momento.

No dia da entrevista, será solicitado que você acesse o TCLE e informe o seu aceite à participação, o que corresponderá a assinatura deste termo, o qual poderá ser salvo em um aparelho eletrônico e/ou impresso, ou poderá ser solicitado às pesquisadoras (via e-mail), se assim desejar. RECOMENDAMOS FORTEMENTE QUE O(A) SENHOR(A), PARA PROTEÇÃO DE SEUS DIREITOS, SALVE UMA VIA DESTE TERMO.

Justificativa e objetivos

Com o duplo desafio de enfrentar a epidemia e lidar com o combate à desinformação, os profissionais de saúde têm encontrado adversidades em suas práticas profissionais, estando vulneráveis ao vírus e às desinformações. Por isso pretende-se com esta pesquisa compreender a desordem informacional na visão desses profissionais que atuam no enfrentamento da COVID-19, e suas interações com a Prática Baseada em Evidências (PBE). Também, serão analisados os desafios para implementação da PBE durante essa crise sanitária e apreender a percepção desses profissionais na comunicação em saúde.

Procedimentos

Participando do estudo você está sendo convidado(a) a uma entrevista por vídeo chamada que durará 35-45 minutos. Será solicitado que você compartilhe opiniões e experiências sobre sua prática profissional, busca e implementação de evidências científicas durante a pandemia da COVID-19. Isso significa que não há respostas certas ou erradas para as perguntas - apenas ideias, experiências e opiniões pessoais que são extremamente valiosas para nós. Não há necessidade de preparar nada com antecedência, apenas garanta que você esteja em um ambiente calmo, tranquilo e privativo e em posse de aparelhos eletrônicos, celular ou notebook, com acesso à internet. Serão tomadas notas e realizada gravação do áudio da entrevista. Após uma semana você receberá um resumo da entrevista para o seu "feedback", revisões e aprovação. As entrevistas serão transcritas e esses dados serão armazenados por 5 anos em unidade digital de armazenamento, protegidas por senha sob a responsabilidade das pesquisadoras.

Desconfortos e riscos

Aponta-se que essa pesquisa apresenta risco mínimo, sendo eles possivelmente decorrentes da sensibilidade, incômodo ou constrangimento ao responder às perguntas da pesquisa e o uso do tempo (35 a 45 minutos) e dos recursos próprios do participante (celular, notebook e dados de internet). Ressaltamos que você possui liberdade para não responder ou interromper a entrevista a qualquer momento. Por se tratar de uma pesquisa com coleta de dados em ambiente virtual há riscos característicos em função das limitações das tecnologias utilizadas. Poderá haver, por exemplo, interrupção da entrevista por problemas de conexão com a internet. Somente nesse caso, você será contactado posteriormente para marcar um novo encontro, caso tenha interesse e disponibilidade, ou em caso de retorno imediato a entrevista retornará do ponto em que parou.

Você não deve participar desta pesquisa se possuir dificuldade de acesso à internet para comunicação com privacidade e caso esteja afastado(a) de suas atividades laborais ou esteja trabalhando a menos de um ano.

Benefícios

Estima-se que essa pesquisa não acarretará em benefícios diretos aos participantes, contudo infere-se benefícios indiretos como proporcionar reflexão e possível mudança de comportamento em relação a busca e translação dos conhecimentos e no combate à desinfodemia. Ademais, considera-se que a COVID-19 tem gerado sobrecargas profissionais, sendo sua participação na pesquisa um momento para desabafar, pensar e refletir sobre. Além disso, a pesquisa possui relevância social contribuindo para o conhecimento científico advindo da publicação e divulgação dos resultados da pesquisa, assim como contribuir na melhoria da assistência prestada pelos participantes e nas tomadas de decisões e formulação de políticas públicas.

Sigilo e privacidade

Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadoras. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado.

Ressarcimento e Indenização

Não é previsto o pagamento de taxas de ressarcimento de participação neste estudo, uma vez que a mesma não traz nenhum tipo de ônus ao participante. Você terá a garantia ao direito à indenização diante de eventuais danos, diretos ou indiretos, decorrentes da pesquisa quando comprovados nos termos da legislação vigente.

Contato

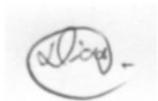
Em caso de dúvidas sobre a pesquisa ou informação adicional, você poderá entrar em contato em horário comercial (9h às 17h) com a Ana Paula de Oliveira Dias no endereço R. Tessália Vieira de Camargo, 126 Cidade Universitária, Campinas - SP, CEP 13083-887, pelo e-mail a231273@dac.unicamp.br ou pelo telefone (32) 98810-3340. Caso não obtenha sucesso poderá contactar a professora Dr^a. Eliete Maria Silva, no mesmo endereço, e-mail emsilva@unicamp.br ou pelo telefone (19) 99724-9137.

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação e sobre questões éticas da pesquisa, você poderá entrar em contato com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) das 9h às 18h de segunda a sexta-feira no endereço SRTV 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar – Asa Norte CEP: 70719-040, Brasília - DF; telefone (61) 3315-5877 ; e-mail conep@saude.gov.br ou à secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNICAMP das 8h às 11h30min e das 13h às 17h30min na Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126; CEP 13083-887 Campinas – SP; telefone (19) 3521-8936 ou (19) 3521-7187; e-mail: cep@unicamp.br.

Responsabilidade das Pesquisadoras

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro,

também, ter explicado e fornecido uma via deste documento ao participante da pesquisa. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.



Data: 22/06/2021

Pesquisadora responsável
Ana Paula de Oliveira Dias
Aluna de mestrado do programa de pós-graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Enfermagem da Unicamp



Data: 22/06/2021

Pesquisadora e orientadora responsável
Profª Drª. Eliete Maria Silva
Faculdade de Enfermagem da Unicamp

ANEXO 1- Parecer do comitê de ética



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Implementação de Práticas Baseadas em Evidências frente às desinformações da COVID-19

Pesquisador: ANA PAULA DE OLIVEIRA DIAS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 46691121.9.0000.5404

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas da UNICAMP

Patrocinador Principal: CONSELHO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO CIENTIFICO E TECNOLÓGICO-CNPQ

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.793.334

Apresentação do Projeto:

As informações contidas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram obtidas dos documentos apresentados para apreciação ética e das informações inseridas pelo Pesquisador Responsável do estudo na Plataforma Brasil.

INTRODUÇÃO

Implementar Práticas Baseadas em Evidências científicas atravessa barreiras institucionais e pessoais (MAJID; et al, 2011; DIAS; DIAS, 2006; MELNIK; MEYER;SAMPAIO, 2019). Desde a formação dos Profissionais de Saúde (PS), o papel da ciência na sociedade, as políticas de saúde, gestão do conhecimento frente ao grande volume de evidências produzidas até a inserção de Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs), dando potência a difusão de informações, sejam elas científicas ou não, corretas ou incorretas (GRIMSHAW; ECCLES; LAVIS, 2012). As lacunas entre a pesquisa, a prática e as políticas de saúde têm se tornado preocupação mundial, acarretando, por exemplo, em pesquisas que buscam resolver as seguintes questões: Como trazer as pesquisas científicas para a prática cotidiana do trabalho em saúde e para formulação de políticas públicas (OELKE; LIMA; ACOSTA, 2015)? Em que medidas o letramento funcional em saúde interfere na comunicação entre usuários, profissionais e sistema de saúde (PASSAMAI et al, 2012)? Qual o papel das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) na comunicação de risco de doenças infecciosas (GESSER-EDELSBURG; SHIR-RAZ, 2017)? Em resposta, têm surgido estudos sobre a translação do

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 4.793.334

conhecimento, evidenciando que o conhecimento se faz relevante quando é disseminado e utilizado, para tanto têm sido desenvolvidos várias teorias e modelos. Afinal de contas, de que adianta produzir conhecimento se esse saber ficar restrito a "academia"? A ciência é produzida para quem? Porém, apesar de diversos estudos terem investigado os discursos (des)informativos durante a epidemia no Brasil e no mundo, até o momento, nenhum investigou como os profissionais de saúde interagem com estes diferentes tipos de informações e o quanto isso impacta na PBE no contexto pandêmico. Os usuários do conhecimento podem ser "profissionais de saúde, formuladores de políticas, educadores, gestores e administradores, líderes comunitários, ou pacientes" (OELKE; LIMA; ACOSTA, 2015, p.114), sendo os PS os participantes desta pesquisa. Surgida no séc. XX, na década de 70 no Reino Unido, a PBE objetivava alcançar maior eficiência e efetividade na aplicação de recursos. Para tanto, o epidemiologista Archibald Cochrane preconizou decisões à base de pesquisas que norteassem diretrizes para a prática clínica e a contenção de gastos (OKUNO; BELASCO; BARBOSA, 2014). Atualmente a PBE tem sido uma ferramenta utilizada no mundo inteiro com o objetivo de melhorar a assistência à saúde e o ensino, por meio da implementação das pesquisas nos diversos níveis de atenção à saúde além de auxiliar na tomada de decisão, no aumento da eficiência e gestão financeira dos serviços de saúde (GALVÃO; SAWADA; MENDES, 2003; VIEIRA; PETRY; PADILHA, 2019; MELNIK; MEYER;SAMPAIO, 2019). No entanto, além das barreiras identificadas em pesquisas anteriores (MAJID; et al, 2011; DIAS; DIAS, 2006; MELNIK; MEYER;SAMPAIO, 2019) para implantação da PBE, o ano de 2020 foi marcado pela maior pandemia dos últimos tempos, configurando-se em uma crise sanitária da saúde pública mundial. Nesse contexto emergem e se somam outras barreiras, sendo o foco dessa pesquisa as desinformações sobre a COVID-19. Nenhuma doença impactou tanto o mundo como a COVID-19, desde da gripe espanhola de 1918. Apesar das epidemias sempre terem ocorrido ao longo de toda história da humanidade, tendo a guerra e a fome efeitos bem menores, evidencia-se um despreparo dos países, sobretudo do Brasil, em lidar com essa pandemia (MARCILIO, 2020; BATISTA E SILVA, 2020). Conforme estudo de Maunder (2004) no surto da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS - do inglês Severe Acute Respiratory Syndrome) em 2003, apontou-se a necessidade de atentar-se a saúde mental dos PS, a importância da comunicação de risco eficaz desde do início do surto e a influência dos PS na mídia (MAUNDER, 2004). Tais necessidades são retomadas agora com a pandemia da COVID-19, com dimensões maiores e com novos desafios. A COVID-19 é o nome da doença causada pelo SARS-CoV-2, vírus da família do coronaviridae, que apresenta uma variação clínica infecciosa de aspecto amplo, desde de um resfriado comum até um quadro de infecção pulmonar grave. No Brasil, a COVID-19 tem apresentado uma incidência de

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 4.793.334

4.647,0 por 100 mil habitantes, contabilizando mais de 237.000 óbitos, possuindo uma taxa de letalidade de 2,4% e uma taxa de mortalidade de 113,0 por 100 mil habitantes (BRASIL, 2021). Dada a magnitude e impacto dessa epidemia, surgiu uma demanda extremamente alta por informações sobre a origem e transmissão do vírus, assim como, tratamento e medidas de mitigação da doença, o que facilitou a expansão de informações como nunca visto antes, incluindo a desinformação (SÁNCHEZ-TARRAGÓ, 2020). Este cenário é potencializado com o uso das TICs, que possibilita o compartilhamento do conhecimento e a democratização da informação. No entanto, os canais digitais têm acelerado a disseminação de informações incorretas e boatos, o que, no caso específico da saúde, pode afetar negativamente a sociedade, causando graves problemas (SÁNCHEZ-TARRAGÓ, 2020). Devido ao seu potencial maléfico à saúde e com a rápida e incontrolável difusão de desinformações relacionadas à COVID-19 a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e Cultura (Unesco) em parceria com a Organização Mundial da Saúde (OMS), têm desenvolvido campanhas para combater as desinformações sobre a epidemia, definidas pela Unesco como “desinfodemia” (POSETTI; BONCHEVA, 2019). Esse contexto tem sido marcado pelo que os estudiosos contemporâneos chamam de “era pós-verdade”, apresentando como característica principal a desordem informativa, onde os fatos possuem menor importância do que aspectos emocionais e crenças pessoais (ALLCOTT; GENTZKOW, 2017; KEYES, 2013). Com isso, informações incorretas, parcialmente incorretas ou aquelas difundidas com intenções maléficas são difundidas pelas mídias sociais. Para tanto, é importante distinguir os termos “desinformação”, “informação incorreta” e “má informação”. O primeiro termo, segundo Wardle & Derakhshan (2017), refere-se ao público que recebe informações intencionalmente falsas. O segundo se remete a informações deficientes, enquanto o último, a informação é usada para causar danos a uma pessoa, organização ou país. Eles têm como principais motores as mídias sociais, a internet e a cultura política polarizada (Lewandowsky, Ecker, & Cook, 2017). A disseminação dessas informações contribuem para uma cultura de ceticismo e dúvida do que é certo sobre o novo coronavírus, sendo a ciência colocada de lado e as opiniões e crenças ouvidas, seguidas e compartilhadas. Este cenário polarizado e incerto deixa claro que existem lacunas no campo da comunicação de risco de doenças infecciosas emergentes e que, ainda, no caso do Brasil, enquadra a desinformação sobre a COVID-19 como uma questão política (BONOW SOARES; RECUERO; VOLCAN et al, 2021). Com novas informações surgindo a todo momento, o desafio de disponibilizar informação segura, baseada em evidências e atualizada constantemente se somam ao excesso de informações, rapidez e capacidade de alcance proporcionado pelas mídias sociais, influenciando a tomada de decisões por parte dos Profissionais de Saúde (ZAROCOSTAS, 2020);

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 4.793.334

MOTTA; et al, 2021). Além disso, os sistemas de informação da COVID-19, apresentam problemas relacionados à ausência de uma ação e estratégias coordenadas nacionalmente. Segundo o diretor-geral da OMS, Tedros Ghebreyesus, os pilares de resposta a essa situação não mudaram: "liderança política e informação, engajar e escutar as comunidades"(ONU, 2020). Porém, as atitudes tomadas pelo núcleo do governo federal brasileiro têm deixado os PS em uma posição vulnerável. Isso porque além de controlar a propagação do SARS-COV-2, atuar no tratamento e recuperação dos pacientes contaminados, os PS têm tido que combater a desinformação, o que segundo a Unesco "é mais tóxica e letal que a desinformação sobre outros assuntos" (tradução livre) (POSETTI; BONCHEVA, 2019, p1). Diante do exposto elabora-se as seguintes perguntas de pesquisa: Como tem sido o processo de tomada de decisão dos Profissionais de Saúde para prática clínica durante a pandemia da COVID-19? Quais têm sido suas fontes de pesquisa? Como eles lidam com a desinformação? Qual o impacto da desinformação na tomada de decisão desses profissionais?

Hipótese:

Os Profissionais de Saúde (PS) buscam mais informações sobre a COVID-19 em redes sociais do que em fontes institucionais. Os PS percebem publicações científicas em periódicos internacionais como mais confiáveis do que as informações de redes sociais e sites institucionais. Os PS encontram dificuldades no acesso, compreensão e aplicação das evidências científicas em suas práticas cotidianas. Os PS reconhecem o impacto da desinformação em seu trabalho. Os PS se percebem como agentes de comunicação significativa na pandemia da COVID-19.

Metodologia Proposta:

Trata-se de uma pesquisa qualitativa com componente transdisciplinar, utilizando-se do método de entrevista semi-estruturada seguida da validação e triangulação por meio da realização do grupo focal. O projeto está planejado para ser executado em 14 meses e é dividido em três fases: (I) conceitualização, (II) coleta de dados e análise preliminar e (III) análise final. A primeira fase, de conceitualização, compreenderá na revisão de literatura do tema e elaboração do instrumento de coleta de dados no primeiro e segundo mês. A fase dois, coleta de dados e análise preliminar, consistirá na realização de entrevistas de forma remota (online) por vídeo chamada com os PS utilizando o instrumento elaborado na fase 1. O recrutamento de participantes será por correio eletrônico (e-mail) a ser enviado pelo setor de Recursos Humanos (RH) do Hospital de Clínicas (HC) da Unicamp, com lista oculta, conforme as orientações de pesquisa em ambiente virtual Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) (BRASIL, 2021). O(a) participante será recrutado(a) apenas uma vez. A coleta de dados qualitativa se encerrará quando a saturação de dados for alcançada,

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 4.793.334

sendo estimado a participação de 30 profissionais. As percepções dos(as) respondentes serão analisadas tematicamente. O preparo para realização da análise preliminar consistirá no estudo, realização de cursos e treinamento para uso do software escolhido, evitando assim, análises limitadas pelo mau gerenciamento dos dados obtidos das transcrição das entrevistas e anotações do diário de campo. Tal preparo será realizado conjuntamente com o grupo de pesquisa da Faculdade de Enfermagem da Unicamp, Grupo de Estudos e Pesquisas em Educação e Práticas de Enfermagem e Saúde. Na terceira fase da pesquisa, análise final, que contempla a validação e integração dos dados por meio do grupo focal, os(as) entrevistados(as) serão convidados a participar dos grupos focais em ambiente virtual após a realização da entrevista (fase dois), sendo recrutado(a) apenas uma vez por meio do convite a ser enviado pelo RH da instituição. O grupo será realizado na plataforma Zoom, sendo no máximo 5 pessoas por grupo, ao considerar que o número de participantes incidirá em sua duração, estima-se a duração de 45 a 55 minutos. O objetivo do grupo focal será validar, analisar e priorizar os resultados gerados nesta pesquisa por meio de reflexão crítica e coletiva (KINALSKI at al, 2017). A realização dos grupos focais permitirá a disseminação inicial dos resultados da pesquisa e a co-criação de conhecimento. A discussão dos resultados das entrevistas pode estimular novas discussões, que podem resultar em resultados adicionais de pesquisas e, ao mesmo tempo, conceder novos insights e possibilidades de interpretação dos dados (KINALSKI at al, 2017). Além disso, ao habilitar este espaço colaborativo, os PS poderão reconhecer as percepções compartilhadas sobre a comunicação na COVID-19. A metodologia proposta promove uma perspectiva interdisciplinar, ao mesmo tempo em que permite a triangulação e validação cruzada dentro de um único estudo e, portanto, confere uma metodologia robusta.

Critério de Inclusão:

Ser profissional atuante no HC da Unicamp, que estejam no enfrentamento da COVID-19 há no mínimo um ano, com acesso à internet e que possuam recursos tecnológicos como celular ou notebook.

Critério de Exclusão:

Profissionais que encontram-se afastados de suas atividades laborais.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Compreender a desordem informacional no enfrentamento da COVID-19 na perspectiva dos PS e o impacto da desinformação na adesão das PBE.

Objetivo Secundário:

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 4.793.334

Compreender as interações dos PS com a desinfodemia e identificar os desafios da implementação da PBE nesse contexto. Aprender a percepção dos Profissionais de Saúde na comunicação em saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Considerando que toda pesquisa com seres humanos envolve riscos aos participantes, “nas dimensões física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual” (BRASIL, 1996, item II.8) aponta-se que essa pesquisa apresenta risco mínimo aos envolvidos. Os riscos podem decorrer de sensibilidade, incômodo ou constrangimento ao responder às perguntas da pesquisa e o uso do tempo (aproximadamente 45 minutos na primeira fase e 55 minutos na segunda, totalizando tempo máximo estimado de 100 minutos) e recursos (celular, notebook e dados de internet) dos(as) participantes. Nesse sentido, ressaltamos que o PS possui liberdade para não responder ou interromper a entrevista a qualquer momento. Por se tratar de uma pesquisa com coleta de dados em ambiente virtual há riscos característicos em função das limitações das tecnologias utilizadas. Poderá haver, por exemplo, interrupção da entrevista por problemas de conexão com a internet. Somente nesse caso, o(a) participante será contactado posteriormente para marcar um novo encontro, caso tenha interesse e disponibilidade, ou em caso de retorno imediato a entrevista retornará do ponto em que parou. No que se diz respeito à participação no grupo focal, será realizada tentativa de encaixe em outro grupo, caso o participante mantenha o interesse em participar. Para mitigar esses riscos no convite para a participação na pesquisa os profissionais serão informados quanto aos recursos a serem utilizados e a necessidade de acesso a um ambiente calmo, tranquilo e privativo e que tenha em posse de aparelhos eletrônicos, celulares ou notebook, com acesso à internet. Em caso de interrupção da conexão de internet se possível retomar a chamada de vídeo a entrevista será continuada, se porventura não for possível reconectar a entrevista poderá ser remarcada conforme disponibilidade dos envolvidos e interesse do participante. Além disso, destaca-se que os dados decorrentes da participação dos PS serão anonimizados e protegidos por credenciais de acesso.

Benefícios:

Estima-se que essa pesquisa não acarretará em benefícios diretos aos participantes, contudo infere-se benefícios indiretos como proporcionar reflexão e possível mudança de comportamento dos participantes em relação a busca e translação dos conhecimentos e no combate à desinfodemia. Ademais, considera-se que a COVID-19 tem gerado uma sobrecarga em tais profissionais que muitas das vezes encontra-se perdido no meio de tantas informações que

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 4.793.334

surgem de todos os lados, sendo sua participação na pesquisa um momento para desabafar, pensar e refletir sobre.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Este protocolo se refere ao Projeto de Pesquisa intitulado "Implementação de Práticas Baseadas em Evidências frente às desinformações da COVID-19", cuja Pesquisadora responsável é ANA PAULA DE OLIVEIRA DIAS com as colaborações das pesquisadoras participantes Ísis Caroline Umbelino e Eliete Maria Silva. A pesquisa foi enquadrada na Área "Ciências da Saúde" e embasará a Dissertação de Mestrado da pesquisadora responsável. A Instituição Proponente é o Hospital de Clínicas da UNICAMP. Segundo as Informações Básicas do Projeto, a pesquisa tem orçamento estimado em R\$ R\$ 6.180,00 com apoio financeiro do CNPq e o cronograma apresentado contempla início do estudo para junho de 2021, com término em abril de 2022. Serão abordados ao todo 30 pessoas através de entrevista e grupo focal em ambiente virtual.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos de apresentação obrigatória foram incluídos devidamente na submissão ao CEP.

Recomendações:

A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep), do Conselho Nacional de Saúde (CNS) orienta a adoção das diretrizes do Ministério da Saúde (MS) decorrentes da pandemia causada pelo Coronavírus SARS-CoV-2 (Covid-19), com o objetivo de minimizar os potenciais riscos à saúde e a integridade dos participantes de pesquisas e pesquisadores.

De acordo com carta circular da CONEP intitulada "ORIENTAÇÕES PARA CONDUÇÃO DE PESQUISAS E ATIVIDADE DOS CEP DURANTE A PANDEMIA PROVOCADA PELO CORONAVÍRUS SARS-COV-2 (COVID-19)" publicada em 09/05/2020, referente ao item II. "Orientações para Pesquisadores":

- Aconselha-se a adoção de medidas para a prevenção e gerenciamento de todas as atividades de pesquisa, garantindo-se as ações primordiais à saúde, minimizando prejuízos e potenciais riscos, além de prover cuidado e preservar a integridade e assistência dos participantes e da equipe de pesquisa.
- Em observância às dificuldades operacionais decorrentes de todas as medidas impostas pela pandemia do SARS-CoV-2 (COVID-19), é necessário zelar pelo melhor interesse do participante da pesquisa, mantendo-o informado sobre as modificações do protocolo de pesquisa que possam afetá-lo, principalmente se houver ajuste na condução do estudo, cronograma ou plano de trabalho.
- Caso sejam necessários a suspensão, interrupção ou o cancelamento da pesquisa, em

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 4.793.334

decorrência dos riscos imprevisíveis aos participantes da pesquisa, por causas diretas ou indiretas, caberá aos investigadores a submissão de notificação para apreciação do Sistema CEP/Conep.

- Nos casos de ensaios clínicos, é permitida, excepcionalmente, a tramitação de emendas concomitantes à implementação de modificações/alterações no protocolo de pesquisa, visando à segurança do participante da pesquisa, assim como dos demais envolvidos no contexto da pesquisa, evitando-se, ainda, quando aplicável, a interrupção no tratamento dos participantes da pesquisa. Eventualmente, na necessidade de modificar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o pesquisador deverá proceder com o novo consentimento, o mais breve possível.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

- O participante da pesquisa deve receber uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (quando aplicável).

- O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (quando aplicável).

- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Se o pesquisador considerar a descontinuação do estudo, esta deve ser justificada e somente ser realizada após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou. O pesquisador deve aguardar o parecer do CEP quanto à descontinuação, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao participante ou quando constatar a superioridade de uma estratégia diagnóstica ou terapêutica oferecida a um dos grupos da pesquisa, isto é, somente em caso de necessidade de ação imediata com intuito de proteger os participantes.

- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 4.793.334

Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas e aguardando a aprovação do CEP para continuidade da pesquisa. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial.

- Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente seis meses após a data deste parecer de aprovação e ao término do estudo.

- Lembramos que segundo a Resolução 466/2012, item XI.2 letra e, "cabe ao pesquisador apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento".

- O pesquisador deve manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1733241.pdf	11/06/2021 07:58:47		Aceito
Outros	Carta_resposta.pdf	11/06/2021 07:58:17	ANA PAULA DE OLIVEIRA DIAS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado2.pdf	10/06/2021 08:59:34	ANA PAULA DE OLIVEIRA DIAS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Entrevista2.pdf	10/06/2021 08:59:20	ANA PAULA DE OLIVEIRA DIAS	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_ok.pdf	07/05/2021 13:37:34	ANA PAULA DE OLIVEIRA DIAS	Aceito
Cronograma	Cronograma_.pdf	19/04/2021 13:06:01	ANA PAULA DE OLIVEIRA DIAS	Aceito

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126

Bairro: Barão Geraldo

CEP: 13.083-887

UF: SP

Município: CAMPINAS

Telefone: (19)3521-8936

Fax: (19)3521-7187

E-mail: cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 4.793.334

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_completo.pdf	19/04/2021 13:04:29	ANA PAULA DE OLIVEIRA DIAS	Aceito
Outros	Roteiro.pdf	19/04/2021 13:03:41	ANA PAULA DE OLIVEIRA DIAS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Entrevista.pdf	19/04/2021 13:02:42	ANA PAULA DE OLIVEIRA DIAS	Aceito
Outros	Recrutamento_participantes.pdf	19/04/2021 13:00:54	ANA PAULA DE OLIVEIRA DIAS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_GrupoFocal.pdf	19/04/2021 12:59:52	ANA PAULA DE OLIVEIRA DIAS	Aceito
Orçamento	Orcamento_pesquisa.pdf	19/04/2021 12:59:08	ANA PAULA DE OLIVEIRA DIAS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Curriculo_Lattes_APOD.pdf	13/04/2021 14:41:24	ANA PAULA DE OLIVEIRA DIAS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Curriculo_Lattes_EMS.pdf	13/04/2021 14:41:04	ANA PAULA DE OLIVEIRA DIAS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Comprovante_Institucional_EMS.pdf	13/04/2021 13:57:02	ANA PAULA DE OLIVEIRA DIAS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Comprovante_institucional_APOD.pdf	09/04/2021 18:35:18	ANA PAULA DE OLIVEIRA DIAS	Aceito
Declaração de concordância	Autorizacao_HC.pdf	09/04/2021 17:49:28	ANA PAULA DE OLIVEIRA DIAS	Aceito
Declaração do Patrocinador	Comprovante_bolsa_CNPq.pdf	09/04/2021 17:39:43	ANA PAULA DE OLIVEIRA DIAS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPINAS, 21 de Junho de 2021

Assinado por:
Renata Maria dos Santos Celeghini
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br