

**Comunicação, Saúde e
Pluralidade:**

**novos olhares e
abordagens em pauta**

Arquimedes Pessoni

(Organizador)

USCS

2015

**Comunicação, Saúde e
Pluralidade:
novos olhares e
abordagens em pauta**

Arquimedes Pessoni

(Organizador)

USCS

2015

USCS - Universidade Municipal de São Caetano do Sul. Av. Goiás, 3.400, São Caetano do Sul-SP, Brasil. Tel. 55-011-42393200. *Website:* www.uscs.edu.br.

Dados internacionais de Catalogação na Publicação

Comunicação, Saúde e Pluralidade: novos olhares e abordagens em pauta
[recurso eletrônico] / org. Arquimedes Personi.
- Dados eletrônicos. São Caetano do Sul: USCS, 2015.
Série Comunicação & Inovação, v.6.

236 pp, 15,5 x 22,0 cm, e-book.
ISBN 978-85-68074-19-0

1. Comunicação social. 2. Comunicação e saúde.
CDD 301.161

Série --- **Comunicação & Inovação**

Conselho editorial da Coleção “Comunicação & Inovação” (PPGCOM-USCS):
Prof. Dr. Eduardo Vicente (Universidade de São Paulo – USP); **Prof. Dr. Henrique de Paiva Magalhães** (Universidade Federal da Paraíba – UFPB); **Profa. Dra. Isaltina Maria de Azevedo Gomes**; (Universidade Federal de Pernambuco – UFPE); **Prof. Dr. Jorge A. González** (Universidade Nacional Autônoma do México – UNAM); **Prof. Dr. Micael Maiolino Herschmann** (Universidade Federal do Rio do Janeiro – UFRJ); **Profa. Dra. Sônia Regina Schena Bertol** (Universidade de Passo Fundo – UPF)

Esta obra não pode ser comercializada e seu acesso é gratuito.



Esta obra possui licença Creative Commons - Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional.

Disponível também em:



Repositório Digital da USCS
<http://repositorio.uscs.edu.br/>



Laboratório

Hipermídias
(HyperLab)

Produção técnica: Laboratório Hipermídias
(HyperLab) PPGCOM- USCS.

Revisora: Andrea Aparecida Quirino Miguel

SUMÁRIO

<i>Apresentação</i>	4
<i>1. É possível a transição do paradigma do Sistema Saúde Individual (SSI) para o paradigma da Promoção Social da Saúde (PSS)? O papel da agenda midiática em saúde</i>	5
Isaac Epstein	
<i>2. Comunicação política, governo e eleições: uma análise do programa popular “mais médicos” no governo brasileiro de Dilma Rousseff</i>	23
Alessandra Castilho e Roberto Gondo Macedo	
<i>3. Análise da interatividade do cidadão brasileiro no Facebook do Ministério da Saúde: Uma releitura teórica do “Quinto Poder”</i>	39
Eliana Marcolino, Mayara Ribeiro Gerônimo e Patrícia Alves de Azevedo Ribas	
<i>4. Comunicação para a saúde: a prescrição deve ir além da competência técnica</i>	65
Wilson da Costa Bueno	
<i>5. Dialogismo e vozes discursivas na cobertura de saúde: leituras do Bom Dia Pernambuco</i>	86
Natália Raposo da Fonsêca e Isaltina Maria de Azevedo Mello Gomes	
<i>6. Viabilizando o resgate direto de representações sociais em saúde uma pesquisa Brasil-Espanha no campo da prevenção secundária da Aids/Sida</i>	102
Fernando Lefevre, Ana Maria Cavalcanti Lefevre, Marisa Fumiko Nakae, Rosana Matos Silveira	
<i>7. Pesquisa em Comunicação e Saúde: um cenário desenhado nos Grupos de Trabalho em congressos</i>	121
Inesita Soares de Araujo	
<i>8. A saúde nas mídias brasileiras. Em busca da superação das semelhanças entre o local e o nacional</i>	144
Simone Bortoliero, Cristina Mascarenhas, Márcia Cristina Rocha Costa, Antonio Brotas	
<i>9. Comunicação da saúde e bem estar da população: estruturação de mensagens e ideias que podem transformar</i>	164
Sônia Regina Schena Bertol	
<i>10. Investigando o Conceito de Saúde no Contexto do Jornalismo: Alguns Desafios Teórico-Metodológicos</i>	187
Kátia Lerner	
<i>11. A comunicação que não se vê: um estudo sobre a comunicação interna na Fundação Dorina Nowill para Cegos</i>	209
Andrea Aparecida Quirino Miguel e Arquimedes Pessoni	
<i>Sobre os autores</i>	231

APRESENTAÇÃO

O livro *Comunicação, Saúde e Pluralidade: novos olhares e abordagens em pauta* compõe a Coleção Comunicação & Inovação, que, entre outros volumes, pretende discutir reflexões sobre processos e produtos comunicacionais cujos aspectos de inovação sejam marcantes nas interfaces com diversos conceitos e abordagens. A série de publicações que se tenciona aqui colecionar insere-se nas pesquisas do Programa de Pós-Graduação em Comunicação da Universidade Municipal de São Caetano do Sul (PPGCOM-USCS) e propõe-se a reunir estudos cujas reflexões voltem-se para a Comunicação Social contemplando aspectos que demarcam inovações e que mantenham relações com as comunidades. Incumbe-se, assim, de investigar processos e produtos comunicacionais marcados por perfis inovadores visando prospecção, análise, discussão e interpretação da inovação no contexto empírico da comunicação.

Dessa forma, a linha de pesquisa “Processos comunicacionais: inovação e comunidades” desse Programa organizou esta coletânea de textos de comunicação e inovação a partir de estudos que se voltam para a reflexão sobre o estado da arte da produção acadêmica na temática Comunicação e Saúde.

Propomos um passeio acadêmico por 11 textos de pesquisadores afinados com a temática Health Communication na versão brasileira, mostrando a riqueza de assuntos, metodologias e enfoques que os estudos dessa área permitem na academia. Trata-se de uma visão multidisciplinar, às vezes com a Comunicação no foco principal, por outras a Saúde no estetoscópio dos pesquisadores.

Boa leitura.

Arquimedes Personi

São Caetano do Sul, julho de 2015

Capítulo 1

É POSSÍVEL A TRANSIÇÃO DO PARADIGMA DO SISTEMA SAÚDE INDIVIDUAL (SSI) PARA O PARADIGMA DA PROMOÇÃO SOCIAL DA SAÚDE (PSS)? O PAPEL DA AGENDA MIDIÁTICA EM SAÚDE

Isaac Epstein

A divulgação da saúde para o público tem recebido um espaço crescente no jornalismo impresso e televisionado, e especialmente na internet. Isto ocorre por meio de notícias, entrevistas, críticas aos serviços de saúde, consultas à Internet etc. Tudo isto aumenta a informação disponível ao público. Se criticamente assimilada pode aumentar a alfabetização em saúde da população o que, por sua vez, aumentaria a busca da informação formatando, quem sabe, um círculo virtuoso.

A saúde, dizem, não tem preço, mas custa caro. Custa cada vez mais caro para a sociedade, tanto através do custo dos serviços universais (tipo SUS), como pelos serviços prestados aos usuários dos vários sistemas de convênios privados.

Dois fatores convergentes, além de outros, se somam para ocasionar este acréscimo do custo da saúde: O primeiro é, paradoxalmente, o progresso científico da medicina: Novas tecnologias sejam de diagnóstico e de intervenções cirúrgicas; produção de medicamentos mais sofisticados e mais caros, serviços hospitalares mais complexos incrementam o custo real da saúde.

O segundo fator, ainda aliado ao progresso da medicina, mas também a melhores condições sanitárias e sociais, é o aumento da longevidade representado pelo acréscimo da expectativa média de vida da população na maior parte dos países. Ora, como se sabe, o custo da saúde aumenta após o advento da terceira idade. Além disto, a longevidade aumenta a relação entre o número dos inativos remunerados pelos sistemas de previdência social em relação aos

Comunicação, Saúde e Pluralidade: novos olhares e abordagens em pauta

que continuam sendo ativos contribuintes. A consequente modificação da pirâmide etária redundou no reforço deste segundo fator. As perversas consequências deste aumento da longevidade e sua influência no aumento do custo do seguro social são reveladas na prática como uma das causas que resultaram na insolvência e, consequente crise social em alguns países da comunidade europeia nos últimos anos¹.

Mas será a melhoria da saúde da população em geral, avaliada internacionalmente por dois principais indicadores, a mencionada expectativa média de vida e a mortalidade infantil, uma função unívoca do seu custo financeiro?

	EUA	Japão	França	Espanha	Itália	Portugal
(1) PNB/per capita (\$US)	48.665	34.646	33.830	30.830	28.880	22.330
(2) %PNB em saúde	16.60	8.10	11.7	9.7	9.10	11.3
(3) Per capita em saúde	7.538	2.729	2.870	3.150	2.870	2.704
(4) Expectativa /Vida	79	83	81.50	81.50	82	79
(5) Mortal. Infantil I(0-5)	8	3	4	4	4	4

Fonte: Organização Mundial de Saúde

¹ Vimos a partir da crise econômica mundial de 2008 os protestos massivos nas ruas dos funcionários, trabalhadores, e assalariados em geral, em vários países europeus, contra as medidas propostas pelas administrações governamentais. Estas medidas que propunham aumentar a idade da aposentadoria, reformar a subvenção à saúde, “enxugar o sistema” demitindo funcionários e seriam capazes de amenizar a insolvência dos governos destes países. Mas estas medidas deveriam sacrificar as conquistas sociais adquiridas, inclusive a saúde subvencionada pelo estado. A outra medida possível, o aumento de impostos, acabaria afinal por agravar a crise econômica, e afinal, reverter em menor poder aquisitivo da população assalariada e que também se mostrou inaceitável. Sete anos depois, no início de 2015 a crise econômica agravada resultou na substituição do governo grego pela coligação esquerdista da oposição com novo apelo à união europeia para a renegociação do prazo da dívida.

Comunicação, Saúde e Pluralidade: novos olhares e abordagens em pauta

Se considerarmos toda a aplicação de recursos (seja privados ou públicos) de um país em saúde, como entrada (input) do sistema e alguns indicadores básicos de saúde (como os mencionados acima) como saída (output) uma comparação entre alguns países nos permitirá uma primeira ideia, rudimentar que seja da relação entre estas duas variáveis. Para esta finalidade nos referimos ao relatório de saúde de 2011 da Organização Mundial de Saúde (World Health Organization, WHO) de onde foram retirados os valores constantes da tabela 1.

Confiabilidade dos dados

Devemos observar que a metodologia utilizada pelo Banco Mundial para medir o PNB dos países é baseada no método da conversão monetária “Atlas”, que atenua as flutuações cambiais ao utilizar uma média dos últimos três anos. No que diz respeito à confiabilidade dos dados, que apesar de retirados da mesma fonte, (Organização Mundial de Saúde) nem sempre se referem a fontes primárias utilizando o mesmo critério ou as mesmas datas. Assim os dados da linha (1) se referem ao ano de 2011; os dados da linha 2, os mais recentes, se referem ao ano de 2009. Daí as discrepâncias que encontramos quando multiplicamos os números da coluna (1) x (2) e não achamos exatamente os números da coluna (3). Portanto longe de pretendemos sugerir conclusões absolutamente confiáveis, apenas apontaremos o que parece provável.

Comparações

A tabela 1 se refere a alguns países da União Europeia, além dos Estados Unidos e Japão. Estes dois últimos países pertencem ambos a um sistema politicamente liberal e de economia de mercado. Lideram juntamente com a China, de sistema econômico misto, a economia mundial. Comparando-se os indicadores dos Estados Unidos e do Japão, ambos com mais de 100 milhões de habitantes, o primeiro destes países aplicava em saúde, cerca de US\$ 7.500 per capita e o segundo, 2.700. Isto significa uma relação

Comunicação, Saúde e Pluralidade: novos olhares e abordagens em pauta

de $7.500/2.700 = 2.7$, isto é, os Estados Unidos aplicam 2.7 vezes mais dólares per capita em saúde, por ano do que o Japão. Isto quanto ao input do sistema. Quanto ao output aferido segundo os indicadores mencionados, isto é a expectativa média de vida e de mortalidade infantil (de 0 até 5 anos) verificamos que, quanto ao primeiro indicador, o Japão com 83 anos e os Estados Unidos com 79 anos, ela é 4 anos mais elevada no Japão. A mortalidade infantil, por sua vez, era de 3 por mil nascimentos vivos no Japão e 8 nos Estados Unidos. Como então entender que um país que gasta menos da metade do que outro em saúde apresenta indicadores nitidamente superiores? O estranhamento destes resultados resulta também do fato de que Os Estados Unidos lideram a produção mundial de artigos científicos, patentes científicas médicas, inovações terapêuticas, etc.

Um artigo da revista Science (DRAIN e BARRY, 2010) nos revela dados ainda mais surpreendentes. No subtítulo “Boa Saúde a despeito de uma Economia Fraca” (“Good Health Despite a Weak Economy”) nos revela que “Em 2006 Cuba gastou US\$355.00 per capita em saúde o que equivalia a 7.1% do seu PIB enquanto que os Estados Unidos gastavam US\$6.714 per capita o que representava 15.3% de seu PIB” (dados da OMS). Cuba, portanto gastava 21 vezes menos em saúde por habitante do que os Estados Unidos. E os resultados? Cuba exibia uma expectativa média de vida de 78.6 anos e mortalidade infantil de 5/1000. Estes indicadores são comparáveis aos de alguns dos países do grupo dos sete países mais ricos do mundo. (Canadá, Estados Unidos, França, Inglaterra, Alemanha, Itália e Japão) e eram nitidamente superiores aos de 33 países da América do Sul e do Caribe. Como esta façanha foi conseguida? O mencionado artigo nos fornece algumas indicações das quais se destaca um especial cuidado com a prevenção das doenças através das centenas de policlínicas espalhadas pelo país, cada uma com serviços médicos adaptados aos perfis epidemiológicos das populações a elas correspondentes (25.000 a 30.000 pessoas), cada policlínica servindo cerca de 20 a 40 “consultórios”. A vacinação cobre praticamente a totalidade da população “vacinável”. O sistema político cubano fez do sucesso

do seu sistema de saúde e da alfabetização popular suas prioridades.

Sem dúvida um estudo mais detalhado poderá revelar as causas destas diferenças da eficácia dos sistemas de saúde entre os vários países. Hábitos culturais, educação alimentar, precária alfabetização em saúde (*health literacy*) da população em geral, desvios financeiros, prevenção e assistência primárias inadequadas, diferenças de sistemas políticos, etc. A saúde nos Estados Unidos é comentada por Oberland². Seja qual forem as correlações, pode-se pensar que a relação entre o investimento direto em saúde e seus resultados, pelo menos em certos casos, não é biunívoca. Em suma não é só o dinheiro que conta. Então o que conta mais?

Afinal, se o custo da saúde para o indivíduo e para a sociedade é cada vez maior e se investimento financeiro não é o único e, em certos casos, nem o mais determinante da eficácia do sistema de saúde, é necessário repensar radicalmente e não apenas cosmeticamente, a questão da economia da saúde: individual e pública.

Conceito de Saúde

O que é saúde? Uma grande variedade de definições tem sido proposta para definir o conceito de “saúde”. Estas definições são vinculadas a determinadas dimensões, sejam médicas, ético-filosóficas, sociológicas ou antropológicas.

Saúde é um termo que desafia uma delimitação semântica precisa, isto é, uma definição conceitual e unívoca com termos apenas necessários e suficientes. Em verdade, são possíveis várias definições que dependem do ideário adotado, das dimensões consideradas, etc. Almeida Filho em seu denso trabalho conceitual

² Esta situação é comentada pelo articulista da revista *Science* (OBERLAND, 2012: 287) Nós temos o mais dispendioso sistema de saúde do mundo, deixando 17% da população sem qualquer seguro. Uma das razões alegadas pelo articulista é que o sistema vigente do seguro de saúde privado mantido pelo empregador para a maioria dos trabalhadores americanos e o Medicare para os idosos preserva várias iniquidades. A reforma do presidente Obama, por sua vez, é criticada como “socialista” por seus opositores mais conservadores, e “tímida” por seus adeptos.

Comunicação, Saúde e Pluralidade: novos olhares e abordagens em pauta

assume duas dimensões, em suas considerações sobre uma Teoria Geral da Saúde: a sócio antropológica e a epistemológica (ALMEIDA FILHO 2001, p.753).

As dimensões da saúde repercutem na prática dos profissionais de saúde. Assim, um médico clínico trata ou deveria tratar seus clientes como indivíduos diferenciados vistos em seus contextos psicossociais e que eventualmente são portadores de uma patologia que se pode manifestar também de maneira algo diferenciada em cada indivíduo. Um especialista em epidemiologia ao revés, deve tratar patologias que afetam um grande número de pessoas indiferenciadas. Ele desconhece diferenças individuais e trata de patologias que afetam um grande número de pessoas. Para nossos propósitos distinguiremos dois conceitos de saúde: o da “saúde pública” e o da “economia da saúde” (CARVALHEIRO, 1999).

A Saúde Pública adota a equidade e a abrangência. Suas definições de saúde, são em geral generosas e holistas como é o caso da OMS (Organização Mundial de Saúde) que define a saúde como “estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente ausência de doenças”. Em 1986 foi organizada uma Conferência Internacional de Saúde que resultou na Carta de Ottawa subscrita por 38 países e que definiu a saúde como produto social e como fonte de riqueza de um viver cotidiano e reforça a importância da ação comunitária no controle do próprio destino (MENDES, 1999). Esta ideia atual da promoção da saúde teve, todavia, importantes precursores. Entre 1820 e 1840, William Alison na Escócia e Villermé na França determinaram relações causais entre a pobreza e a enfermidade. Em 1848 se produziu um movimento de reforma da medicina no sentido de transformá-la em ciência social e que a saúde da população era assunto que envolvia todos e não apenas os médicos. Um dos famosos cientistas a endossar este ponto de vista foi Virchow (BELTRAN, 2000).

Num contexto mais amplo do que o contexto restrito da economia da saúde, a problemática da saúde vista através do conceito acima mencionado de “saúde pública” vai admitir uma mudança substancial de perspectiva. A saúde é definida agora através do paradigma da Produção Social da Saúde.

Comunicação, Saúde e Pluralidade: novos olhares e abordagens em pauta

O Sistema da Saúde Pública pode também ser chamado de Paradigma Produção Social da Saúde (PSS) e o da Economia da Saúde de Paradigma do “Sistema de Saúde Individual” (SSI). Quadro 1.

Quadro 1		
Sistemas de saúde	Causalidade	Procedimentos/Objetivos
Individual (SSI)	Unicausalidade	Saúde do indivíduo
Saúde=Ausência de doenças	Mecanismo/Biologismo	Médico trata indivíduo
Produção social (PSS)	Multicausalidade	Prevenção, Cura: Equipes de saúde
Bem Estar Coletivo	Biológica/Social	Saúde da Família

Sistema de Saúde Individual (SSI)

O SSI é baseado na economia da saúde que como vimos, define a saúde de modo negativo, isto é, como a ausência de disfunções ou enfermidades. Esta definição estreita da saúde é a base de nossos sistemas de saúde no seu sentido prático. Assim é organizado o ensino médico na maior parte dos países ocidentais: sua divisão em disciplinas, departamentos e especialidades. Do ponto de vista do custeio, estabelece a classificação e respectivos valores das intervenções médicas; a classificação de medicamentos, seu controle e respectivas bulas, de hospitais, especialidades médicas, etc. É um sistema baseado na reforma Flexner³ de 1910 que reestruturou as escolas médicas dos Estados Unidos e daí se espalhou pelo mundo industrializado. Baseados nos princípios flexnerianos articulados à definição de saúde da economia da saúde, foi criado pela OMS o conceito de “encargos da doença”

³ A reforma Flexner foi feita numa época em que a situação das escolas médicas nos Estados Unidos era confusa. Elas atuavam sem critérios de admissão e com currículos e abordagens as mais diversas. Não havia nenhuma padronização e a fiscalização era precária. Os princípios da reforma de Flexner foram aplicados não só nas escolas de medicina norte-americanas como em escolas médicas europeias e tiveram repercussão mundial (PAGLIOSA & Da ROS, 2008).

(*burden of disease*⁴). Estes encargos permitem identificar e controlar prioridades nacionais e regionais, alocar recursos para a pesquisa e desenvolvimento, distribuir recursos para intervenções no nível da saúde pública, levando em conta o custo-benefício das intervenções.

Todavia se o SSI se mostra hoje inadequado como sistema hegemônico é necessário compreendê-lo em sua dimensão histórica para quando jogarmos fora a água que serviu para dar banho ao bebê não jogarmos o bebê junto.

Em primeiro lugar examinemos a definição de saúde como “ausência de doenças”. Obviamente não é possível imaginar um indivíduo ou uma sociedade saudável na presença de doenças. A ausência de doenças é uma condição necessária, mas não suficiente para a saúde. A saúde é algo mais. O SSI pretende obter esta ausência pelo curativismo agindo a jusante da doença. A prevenção agindo a montante da doença é geralmente episódica e insuficiente.

Esta ação se dá pela medicalização, às vezes excessiva e especializada quando vários especialistas agindo separadamente indicam medicamentos incompatíveis entre si. A curta duração da consulta quando o preço dos convênios é escasso impele os médicos a um exame de curta duração. Nestas condições a medicação é o recurso terapêutico mais utilizado. Para piorar, esta situação pode ser estimulada pelo infelizmente não raro e infame conluio incestuoso entre médicos e a indústria farmacêutica, indústria de próteses, etc. A própria associação entre a indústria

⁴ (MURRAY, & LOPEZ, 1994): “O acesso à situação de saúde das populações tem sido feito tradicionalmente na base dos dados de mortalidade, onde disponíveis, e o predomínio e/ou a incidência de cada enfermidade. Um novo enfoque para quantificar os encargos da enfermidade está sendo desenvolvido e que considera simultaneamente tanto a morte prematura (em relação à expectativa média de vida), como as consequências não fatais da enfermidade ou dos ferimentos. Os encargos da doença (*burden of disease*) são baseados na sua incidência e provê uma estimativa do número de anos perdidos devidos à morte prematura e o número de anos de vida convividos com uma incapacidade devida a casos de enfermidades ou ferimentos. Estes dois componentes constituem o total da incapacidade ajustada a anos de vida (disability-adjusted life years - DALY,s) devidos à enfermidade e ou ferimentos”.

farmacêutica e a corporação médica tem origem há mais de cem anos.

Um fato determinante é que a partir do final do século XIX a crescente indústria farmacêutica passa a comprar espaços para propaganda nas publicações da American Medical Association e em outras publicações ortodoxas. A associação entre a corporação médica e o grande capital passa a exercer forte pressão sobre as instituições e os governos para a implantação da “medicina científica” (PAGLIOSA & Da ROS, 2008).

A reforma de Flexner, do início do século XX foi contemporânea do apogeu das descobertas dos microorganismos causadores das moléstias infecto-contagiosas: a tuberculose, a lepra, a pneumonia, a sífilis, a blenorragia, que eram as moléstias que mais matavam na época. Cada uma destas moléstias seria causada por um determinado micro organismo identificável por procedimentos científicos.

Outras causas como desnutrição, más condições sanitárias, pobreza, etc. poderiam agravar a incidência da moléstia, mas a causa necessária seria o microrganismo identificado. Outra vitória do conceito da unicausalidade foi a vacinação em massa feita na infância contra a poliomielite, a difteria e o tétano a partir da década de 50. Parecia a muitos um futuro risonho prometido por estas descobertas da medicina hegemônica. A descoberta da penicilina por Fleming e que começou a ser utilizada no início da década 40 veio exacerbar esta crença. A era dos antibióticos tinha começado com antibióticos cada vez mais poderosos, cada vez mais diferenciados com indicações específicas para diferentes agentes. Uma sub-era curativista tinha começado gloriosamente.

Mas micróbios são micróbios, bactérias ou vírus não são apenas objetos físicos venenosos de comportamento sempre igual. São seres vivos e, por conseguinte, apresentam mutações. Na sua reprodução aparecem alguns exemplares com genomas diferenciados. Destruídos os exemplares “normais” pelos antibióticos sobram os mutantes resistentes aos antibióticos. Estas cepas sobrevivem e dominam. Tinha acabado a lua de mel da medicina com os antibióticos. Sobrou um casamento problemático. Infecções dificilmente tratáveis, algumas adquiridas nos próprios

locais de cura: os hospitais como verdadeiros viveiros dos micróbios resistentes. Um golpe forte na unicausalidade. Fica mais difícil combater as infecções se a velocidade do aparecimento das cepas resistentes é sempre maior do que a sua identificação e produção de novos antibióticos e vacinas.

Produção Social da Saúde (PSS)

Como mencionamos acima nas últimas décadas mudou o perfil da pirâmide etária com o aumento da longevidade. Em consequência mudaram os perfis epidemiológicos e a prevalência das causas da morbidade e da mortalidade. Hoje as principais causas da morbidade e mortalidade são as moléstias não diretamente causadas por agentes externos como as bactérias ou os vírus, mas por condições ou disfunções metabólicas desenvolvidas no interior do próprio organismo: diabetes, hipertensão essencial, câncer, moléstias cardiovasculares, aterosclerose, e outras. Procura-se então descobrir as causas destas moléstias que são várias: fatores genéticos predisponentes, condições sanitárias, alimentação inadequada ou poluída, vida sedentária, estresse emocional, etc.

Chegamos assim a multicausalidade. As causas não são apenas agentes biológicos externos, mas diversos fatores endógenos estimulados por condições econômicas e sociais, onde se aliam a publicidade da indústria do *fast food*, a pobreza, a carência de alfabetização científica, o estresse causado pela luta pela sobrevivência., etc. É natural que a multicausalidade indica a importância da prevenção através das correção da hábitos alimentares inadequados, exercícios físicos regulares, etc. Tudo isto já é de algum conhecimento por parte da população. Resistências a mudanças de hábitos podem, no entanto, vir de várias direções: carência de alfabetização em saúde, tentação de consumo em excesso de alimentos processados pela indústria, estimulado pela publicidade, etc. A mídia, se disposta, poderia sem, dúvida ser um excelente contra ponto de apoio para a população superar estas resistências. Como? Cooperando para alfabetizar em saúde a população em geral, publicando frequentemente relatos e notícias sobre a prevenção de certas enfermidades, etc. Publicamos

em outro lugar uma proposta de agenda midiática mínima, para a saúde (EPSTEIN, 2001a).

A medicina hegemônica atual, desde o seu ensino nas faculdades, sua subdivisão em especialidades, cada vez mais específicas, classificação e indicações dos medicamentos, além da especificação burocrática dos procedimentos médicos (Sid) para finalidades administrativas, é baseada no Sistema de Saúde Individual (SSI). Sua definição de saúde é, como vimos, a “ausência de doenças”. Este sistema segmentado e hierarquicamente organizado facilita enormemente a organização administrativa e burocrática dos serviços de saúde e a alocação relativa de recursos públicos e privados para a saúde. O sistema Flexner se adapta a uma estrutura hierárquica de distribuição de poder desde a estruturação do ensino da saúde até os serviços de sua administração. Isto se revela pela organização do ensino médico, organização burocrática dos hospitais, centros de pesquisa, etc. Mas também a sociedade é segmentada e hierarquicamente organizada. Assim são as empresas, a administração pública, as universidades, as religiões institucionalizadas, as forças armadas, assim como a maioria das “carreiras” profissionais, os cursos universitários e suas “disciplinas” e o conseqüente poder alocado aos indivíduos, proporcionalmente à sua posição na hierarquia. Claro que este sistema subsiste por suas enormes vantagens para a estabilidade de qualquer organização burocrática sua manutenção econômico e social (WEBER, 1979). Afinal de contas, a divisão do trabalho com a finalidade de ganho de produtividade já foi propugnada por Adam Smith no século XVIII. As linhas de montagem dos Ford T foram instauradas por Henri Ford no início do século XX e permitiram tornar o preço do automóvel muito mais acessível. De algum modo a “divisão do trabalho”, para o bem ou para o mal, invadiu a medicina com suas especializações e superespecializações.

Mas, e a crise da saúde? A definição holística da saúde da OMS: estado de completo bem estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doenças por generosa e holista que seja, desafia uma administração racional de recursos, uma organização do ensino e das categorias profissionais, e assim por diante. Quais

Comunicação, Saúde e Pluralidade: novos olhares e abordagens em pauta

as reformas políticas, econômicas e sociais capazes de, pelo menos, mitigar a infame iniquidade da distribuição de renda em países como o Brasil? Por onde começar para nos aproximarmos, na medida do possível, da utopia do “completo bem estar?” Tal a enorme e gigantesca tarefa que se propõe o sistema da Produção Social da Saúde. (PSS).

A Instauração deste sistema dependerá de um sistema político e econômico que estimule e permita uma vontade comum que possa congrega organizações locais, os cidadãos e as autoridades eleitas para formalizam um convênio e executar um plano de ação para melhorar continuamente as condições ambientais, sociais e médicas que determinam a saúde e o bem estar num contexto de descentralização (MENDES, 1999).

Neste sentido, o movimento de “municípios saudáveis” avançou bastante desde a década de 1990 com vários projetos instaurados na América Latina: Valdívia (Chile), Cienfuegos (Cuba), Zacatecas (México), Manizales (Colômbia), Zamora (Venezuela), São Carlos (Costa Rica), e no Brasil a cidade de Campinas ganhou em 1996 o prêmio do Dia Mundial de Saúde. Uma pesquisa necessária seria a de se verificar agora, quase vinte anos passados, o que resultou destes projetos, seus obstáculos, realizações e problemas. Como os projetos acima se referem a municípios do continente americano seria uma oportunidade para a ALAIC, estimular esta pesquisa.

Um projeto recente, entre nós, é o SUS-BH: Cidade Saudável 2009 (SUS-BH, 2009). Este projeto, iniciativa do município de Belo Horizonte, ressalta a prática sanitária denominada “vigilância da saúde” e que apresenta três eixos: o território, os problemas de saúde e a intersetorialidade.

Uma avaliação crítica do que em Cuba se denomina “Movimiento de municipios por La salud” foi realizada tendo como objeto o município Playa (SANABRIA RAMOS & BENAVIDES LÓPEZ, 2001). O movimento dos municípios saudáveis dá uma especial atenção à Atenção Primária a Saúde que deve cumprir três papéis: o papel resolutivo de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população, o papel organizador relacionado à sua natureza de centro de comunicação e o de co-responsabilizar-

Comunicação, Saúde e Pluralidade: novos olhares e abordagens em pauta

se pela saúde dos cidadãos em qualquer serviço de saúde que estejam. (MENDES, Idem).

Ainda neste contexto, o Programa da Saúde da Família (PSF) instaurado no Brasil desde 1994 apresentou alguns bons resultados, apesar dos obstáculos. Um destes resultados foi a sua contribuição para a diminuição do índice de mortalidade infantil em vários municípios do nordeste. Para o Ministério da Saúde, a estratégia de promoção da saúde é retomada como uma “(...) *possibilidade de focar os aspectos que determinam o processo de saúde-adoecimento: violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada e/ou ausente dificuldade de acesso à educação, fome, urbanização desordenada, qualidade do ar e da água ameaçadas...*” (MINISTÉRIO da SAÚDE. Anexo 1, 2005) e ainda (...) “*Entende que a promoção da saúde apresenta-se como um mecanismo de fortalecimento e implantação de uma política transversal, integrada e intersetorial que faça dialogar as diversas áreas do setor sanitário*”. Como ações específicas para o biênio 2006-2007 foram priorizadas as ações voltadas a 1. Alimentação saudável; 2. Prática Corporal/Atividade física; 3. Prevenção e controle do Tabagismo; 4. Redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas; 5. Redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito; 6. Prevenção da violência e estímulo à cultura da paz; 7. Promoção do desenvolvimento sustentável.

Esboço uma agenda midiática (II) para a Comunicação da saúde

A agenda midiática I, como mencionamos, foi elaborada tendo como base o paradigma da economia da saúde, isto é a saúde definida pela ausência de doenças. Esta definição permite os referidos cálculos dos encargos econômicos da doença (*burden of disease*), não só os custos médicos dos tratamentos como os custos sociais devidos a inatividade, limitação da expectativa de vida produtiva, etc. Disto resultam os encargos médicos e sociais de cada enfermidade que somados resultam no seu custo global. Este valor é que indicaria, segundo esta agenda, os espaços relativos que

Comunicação, Saúde e Pluralidade: novos olhares e abordagens em pauta

a mídia deveria dispor a cada patologia. A finalidade seria a de fornecer informação adequada para sua compreensão, prevenção e, se possível, eventual alívio ou mesmo cura. Este seria o critério para evitar que os espaços da mídia dedicados à saúde fossem preenchidos por fatos com “valor notícia” de uma agenda apenas jornalística (EPSTEIN, 2001b). Este critério permanece na agenda II, mas, se adotarmos a definição mais ampla e holista da saúde como: o estado de completo bem estar físico, mental e social e não meramente ausência de doenças, esta concepção demanda conteúdos mais amplos.

A ausência de doenças permanece como objetivo necessário, mas não suficiente. Os objetivos da medicina curativa ou meramente paliativa permanecem, mas não exclusivamente. O paradigma da Promoção da Saúde demanda muito mais. Como então elaborar os princípios fundamentais para os conteúdos desta nova agenda para se utilizar a mídia como insumo de saúde neste paradigma?

Alguns temas parecem fundamentais para esta nova agenda: O primeiro, possivelmente, é o de aumentar o *empowerment* (capacitação, posse das pessoas?) sobre o seu próprio corpo e sua mente: substituição de hábitos alimentares, mudança de estilo de vida, conhecimento além da sintomatologia de algumas das enfermidades que mais incidem na população em geral, seus métodos de prevenção, etc. Tudo isto não depende apenas de uma decisão individual, pois esbarra com resistências de várias naturezas, corporativa, econômica, etc. A resistência corporativa pode ser devida a alguns agentes de saúde se sentirem pouco a vontade diante da possibilidade de perderem parte do monopólio do “saber” médico. A resistência econômica pode provir de editoriais da mídia temerosas de perder espaço a temas com “valor notícia” não apenas jornalístico. Aqui como já se sabe através das teorias da comunicação; é mais fácil mudar a opinião e a atitude de um grupo de pessoas sobre um tema, do que as de um indivíduo isolado (McQUAIL, 2005). Neste particular os profissionais de comunicação terão importante papel a desempenhar.

O paradigma sanitário da Economia da Saúde com sua definição de saúde como a “ausência de doenças” estrutura uma

determinada prática sanitária que consiste na atenção médica efetuada dentro dos parâmetros da medicina científica, isto é a medicina hegemônica porque é a única ensinada na maioria das faculdades de medicina e reconhecida como oficial. Isto tem consequências que abrangem procedimentos normalizados e indicados como os mais efetivos para cada patologia, critérios para liberação de medicamentos, após aprovados pelos órgãos fiscalizadores etc. Tem também consequências sociológicas como a organização da classe médica em corporações que atribui a seus membros, normas, deveres e direitos no exercício profissional, etc. Algumas práticas terapêuticas alternativas têm tradição secular como a homeopatia e a acupuntura que, apesar de pouco controle científico dos resultados de seus procedimentos, são já reconhecidas, em alguns casos pelo SUS e pelos convênios. Trata-se de práticas de menor custo, mas aceitas por parcela da população não só entre nós, mas também em outros países (no Canadá cerca de 30% da população procura práticas alternativas). Entre nós há uma procura crescente destas práticas.

É preciso considerar, no entanto, que a ação “curativista” do médico é mais do que milenar. Curandeiro ou “doutor” o indivíduo investido deste poder pelo grupo social “cura” às vezes apenas por sua presença. Quem melhor do que ele consegue ativar o inegável e misterioso “efeito placebo”? Que parcela deste efeito é responsável pelos efeitos das práticas alternativas? São perguntas que só podem ser respondidas pelos critérios de verificação não só dos procedimentos da medicina científica, como dos efeitos dos medicamentos liberados.

A vertente da Medicina Integrativa examina uma prática médica que considera a pessoa como um todo (TARSO, LIMA, 2009). Isto demanda uma colaboração ativa do paciente com uma atenção permanente a seu corpo, certa alfabetização em saúde (*Health Literacy*), uma prática constante de exercícios físicos e uma dieta adequada. A relação médico paciente também demanda uma mudança da relação vertical para uma relação de compartilhamento nas tomadas de decisão entre médico e paciente. Tudo isto já começa a ser ensinado em certas faculdades de medicina e notado nas relações médico paciente (EPSTEIN, 2005)

Comunicação, Saúde e Pluralidade: novos olhares e abordagens em pauta

Quanto às medicinas alternativas a proposta mais viável seria a integração destas práticas à medicina hegemônica após um controle científico. Esta nova medicina seria a denominada “medicina integrativa” (TARSO LIMA, idem). Esta medicina deveria reunir o que há de melhor nas duas medicinas, a hegemônica e as alternativas após uma verificação científica de sua eficácia.

Quanto aos paradigmas SSI e PSS, é provável que coexistam durante um longo período acarretando também a coexistência das duas agendas. O sentido da mudança é concebido da seguinte forma:

Sentido da mudança (MENDES, E.V., 1999, p.234)		
PARADIGMA SANITÁRIO	(SSI) ----- à	(PSS)
Concepção de saúde	Negativa	Positiva
Prática Sanitária da Saúde	Atenção Médica	Vigilância
Ordem Governativa da cidade	Gestão Médica	Gestão Social

Referências

ALMEIDA FILHO, **Cadernos de Saúde Pública**, Fiocruz, RJ, 2001

BELTRAN, L.R. “Promoción de la salud: Una estrategia revolucionária cifrada en la comunicaci3n.” In: **Comunicação e Sociedade**, UESP, 2000, São Paulo

CARVALHEIRO, J, E. Os Desafios da Saúde. **Estudos Avançados**, São Paulo, USP, n.35, p. 11 jan-abril 1999

DRAIN, P.K e BARRY, M. “Fifty Years of US Embargo: Cubas’ Health Outcomes and Lessons”. In: **Science**. Vol. 328: 30/04/10

EPSTEIN, I. Comsalud II, um Projeto Integrado, **Cátedra Unesco-Umesp/Alaic**, v.2 n.3, abril 2001a. Disponível em:

www.metodista.br/unesco/PCLA/index.htm, acesso em 13 mar 2015

_____. “Comunicação e Saúde”. In: **Comunicação e Sociedade**, Ano 22, n.35, Umesp, SBC, 2001b

_____. (Org.) **A Comunicação também cura na relação médico-paciente**, Angelara, SP, 2005

MENDES, E.V. **Uma Agenda para a Saúde**. Hucitec, S.Paulo, 1999

MEYER, P. “News Media Responsiveness to Public Health” in ALKIN, C. & WALLACK, L. (Eds) **Mass Communication and Public Health**, Newbury Park, SAGE, Pub. 1990, p.52/54

McQUAIL, D. **McQUAIL’s Mass Communication Theory**, SAGE, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Promoção da Saúde** Anexo 1, 1999. Disponível em: <
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atenc_ao_basica_2006.pdf>. Acesso em 19 abril 2015.

MURRAY, C, J, L & LOPEZ, A, D (Eds). **Global Comparative Assessments in the Health Sector**, World Health Organization, Geneva, 1994

OBERLANDER, J ‘The Long and Winding Road’. In: **Science**, 20 jan. 2012, v. 335:287

PAGLIOSA, F & DA ROS, M,A. “O Relatório Flexner: para o bem ou para o mal”. In: **Revista Brasileira de Educação Médica**, Vol. 32, n..4 Out/Dez 2008

SUS-BH: Cidade Saudável. **Plano Macroestratégico**. Secretaria Municipal de Saúde, Belo Horizonte- 2009-2012. Disponível em: <
http://www.pbh.gov.br/smsa/fixo/plano_macro_cidade_saudavel_r_evisado.doc>. Acesso em 19 abril 2015.

POTTER, W, J. **Media Literacy**, SAGE, California, 2005

SANABRIA, Ramos & BENAVIDES, López. “Evaluación del Movimiento de municipios por La salud. Playa, 2001”. In: **Revista**

Comunicação, Saúde e Pluralidade: novos olhares e abordagens em pauta

Cubana de Salud Publica, v.29, n.2, Ciudad de La Habana, abr.-jun. 2003

TARSO LIMA, P. **Medicina Integrativa**, MG editores, SP, 2009

WEBER, M. **Ensaio de Sociologia**, Guanabara, RJ, 1979

Capítulo 2

**COMUNICAÇÃO POLÍTICA,
GOVERNO E ELEIÇÕES: UMA
ANÁLISE DO PROGRAMA
POPULAR “MAIS MÉDICOS”
NO GOVERNO BRASILEIRO DE
DILMA ROUSSEFF**

**Alessandra Castilho
Roberto Gondo Macedo**

Introdução

Este artigo versa sobre a comunicação política, governamental e eleitoral no contexto atual brasileiro. Amparado em um sistema democrático presidencialista desde o final do período ditatorial no final da década de 70, o país vive um contexto de consolidação do seu processo eleitoral e político.

Essa necessidade de aprimoramento do sistema e da competitividade cada vez mais acentuada entre os partidos, que é estruturado em uma organização pluripartidária, permite contemplar múltiplas ações desenvolvidas pelas agremiações pertencentes na situação de governo, bem como os partidos opositores, que se posicionam em apontar falhas no sistema gerencial, visando enfraquecer os atores situacionistas e potencializar um novo cenário na disputa eleitoral.

A escolha do Programa “Mais Médicos”, desenvolvido pelo Governo Federal brasileiro desde 2013 se tornou representativo para estudo do artigo e cerne do simulacro de pesquisa pelo fato de ter sido lançado logo após o período acentuado de manifestações

Comunicação, Saúde e Pluralidade: novos olhares e abordagens em pauta

sociais ocorridas em todo o território nacional no primeiro semestre de 2013.

Outro ponto relevante para a escolha é decorrente ao perfil do Partido dos Trabalhadores e sua relação intrínseca com o processo de assistencialismo nas camadas mais baixas da sociedade e alocadas em comunidades e regiões distantes dos centros urbanos. Desde o início do período de gestão presidencial petista, originário em 2002 por Luiz Inácio Lula da Silva, os projetos sociais foram o grande eixo de fortalecimento governamental, que contribuiu para a reeleição do presidente em 2006 e conseguir a vitória da sucessora na presidência, Dilma Rousseff.

O Programa faz parte de um projeto de melhorias do atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde, denominado no Brasil pelas siglas SUS, que prevê investimento em infraestrutura dos hospitais e unidades de saúde, além de levar mais médicos para regiões onde há escassez ou não existem profissionais.

Segundo dados do Portal da Saúde (2013), atualmente o país possui 1,8 médicos por mil habitantes. Esse índice é menor do que em outros países, como a Argentina (3,2), Uruguai (3,7), Portugal (3,9) e Espanha (4). Além da carência dos profissionais, o Brasil sofre com uma distribuição desigual de médicos nas regiões. Dos 27 estados da federação, 22 deles possuem número de médicos abaixo da média nacional.

A ideia desse trabalho é apresentar proposições de como o Programa do atual Governo pode refletir na comunicação eleitoral de 2014 no Brasil. O artigo também faz um comparação sobre o peso do Programa nas eleições presidenciais e nas eleições municipais, uma vez que nos pleitos regionais os médicos bolsistas poderão tornar-se atores políticos representativos.

Um dos pontos demais discussão entre governantes e a classe médica está no recrutamento de médicos estrangeiros para atuar em regiões onde há escassez, ou simplesmente não existem profissionais. Além do recrutamento externo, o Programa estabelece que o Governo abrirá 11,5 mil vagas nos cursos de medicina no país até 2017 e 12 mil vagas para formação de especialistas até 2020.

Comunicação, Saúde e Pluralidade: novos olhares e abordagens em pauta

Desse total, 2.415 novas vagas de graduação já foram criadas e serão implantadas até o fim de 2014 com foco nas áreas que mais precisam de profissionais e que possuem a estrutura adequada para a formação médica. Se de um lado o polêmico Programa tende a ter um efeito positivo indireto, a exemplo do Programa “Luz para Todos” de Lula, na campanha presidencial de 2006, por outro lado, entidades médicas já prometem mobilização em campanha contrária à reeleição da presidente.

Vale refletir sobre o verdadeiro impacto dessas propostas sociais no real campo eleitoral e até que ponto que projetos de foro popular e assistencialista destinados à população mais pobre do país, fortalecem no processo eleitoral, no caso proposto, influência na reeleição de Dilma Rousseff.

O pleito de 2014 foi um processo eleitoral dos mais conturbados e intensos desde o período da redemocratização brasileira. Liderando até final de julho do mesmo ano de modo estável e confortável para a caminhada para a reeleição presidencial, Dilma e dirigentes do Partido dos Trabalhadores vivenciaram um árduo período de instabilidade estatística das intenções de voto, bem como o dinâmico papel dos demais presidenciais no processo.

A campanha eleitoral para presidente foi iniciada com três postulantes ao posto majoritário do Planalto devidamente amparados por suas alianças eleitorais e bases de apoio. Além de Dilma para o PT, Aécio Neves (PSDB) e Eduardo Campos (PSB) seguiam disputando preferência do eleitorado descontente com o governo petista e buscando novos rumos para o país.

Todavia, o acidente aéreo ocorrido na primeira quinzena de agosto, logo após começo da disputa eleitoral, retira Eduardo Campos da disputa por ocasião de seu falecimento, bem como alguns integrantes da sua equipe de campanha. Diante de trágica realidade, uma comoção generalizada conduziu os humores nacionais por semanas. Marina Silva, até então vice na chapa homologada pelo TSE, assume o lugar de Eduardo Campos e conduz uma disputa direta com a primeira colocada nas pesquisas, Dilma Rousseff.

Comunicação, Saúde e Pluralidade: novos olhares e abordagens em pauta

Marina Silva somente de aliou com as forças de Eduardo Campos após o seu projeto de formação partidária não tem obtido êxito no mês de outubro de 2013, exatamente um ano antes do pleito eleitoral e, de acordo com as datas estabelecidas pelo Tribunal Superior Eleitoral, prazo regimentar para a homologação de novos partidos no país.

São duas principais condições que são solicitadas para grupos que desejam iniciar novos partidos: a primeira é com relação ao número de eleitores ativos e regularmente validados na base de dados do Tribunal Superior Eleitoral – TSE. O total de assinaturas validadas deve ser superior ao número de 492 mil assinaturas e em segundo momento, distribuídas em ao menos nove estados da federação.

A maioria dos ministros do Tribunal Superior Eleitoral (TSE) votou contra a concessão de registro ao partido Rede Sustentabilidade, fundado pela ex-senadora Marina Silva. Os ministros entenderam que a legenda não conseguiu o número mínimo de 492 mil assinaturas de apoiadores exigido pela Justiça Eleitoral. Com a decisão, o partido não poderá participar das eleições do ano que vem. (RICHTER, 2013, online).

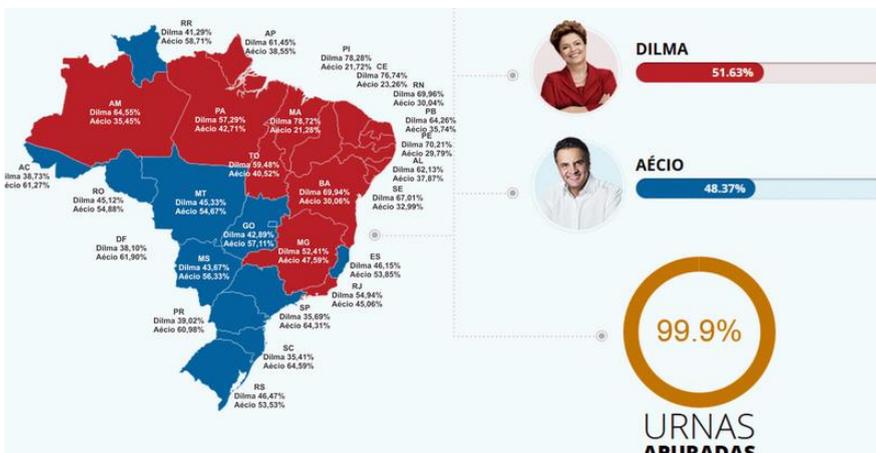
O Projeto denominado “Rede Sustentabilidade” não obteve êxito no número de assinaturas validadas e não pode cumprir o prazo regimental pré-estabelecido, culminando na ida de Marina para o Partido Social Brasileiro – PSB de Eduardo Campos. A retomada do processo de coleta e validação de assinaturas para a solicitação do novo partido foi anunciado por dirigentes da Rede Sustentabilidade depois das eleições, o que conduz quer o interesse por senso de independência partidária de Marina para as próximas disputas eleitorais.

O segundo turno das eleições presidenciais, bem como o seu resultado demonstraram grande representatividade e aceitação do Partido dos Trabalhadores e Dilma Rousseff nas regiões: norte,

Comunicação, Saúde e Pluralidade: novos olhares e abordagens em pauta

nordeste e centro-oeste do país, tendo concentração favorável ao candidato social democrata Aécio Neves peso maior nas regiões sudeste e sul, equilibrando a disputa, que foi finalizada com uma pequena diferença de votos favorável à reeleição petista.

FIGURA 1 – Mapa final das eleições presidenciais de 2014



FONTE – Portal UOL (2014, online)

Um dos pontos que pode ser considerado e factualmente comprovado é a identificação do Partido dos Trabalhadores e seus representantes políticos em regiões mais limitadas economicamente em âmbito nacional, como também que apresentam maior desigualdade social de classes e necessitam de maior apoio de políticas públicas para sobrevivência, dentre elas no campo da saúde, direcionamento da pesquisa com o enquadramento do Projeto “Mais Médicos”.

Comunicação no âmbito político e eleitoral: estratégias para fortalecimento da imagem governamental

A comunicação possui um papel fundamental no poder público, principalmente porque o desenvolvimento de uma imagem governamental está diretamente relacionado com a capacidade de

Comunicação, Saúde e Pluralidade: novos olhares e abordagens em pauta

fomentar políticas públicas exitosas para a população, e também de modo concomitante, deve ser explorada e difundida sob a égide da propaganda como um feito positivo e bem aceito pela sociedade.

A comunicação pública deve ser pensada como um processo político de interação no qual prevalecem a expressão, a interpretação e o diálogo. É preciso salientar que o entendimento da comunicação pública como dinâmica voltada para as trocas comunicativas entre instituições e a sociedade é relativamente recente (MATOS, 2011, p.45).

De acordo com o sistema político brasileiro, pela sua estrutura, regulamentação eleitoral e periodicidade de mandatos, é natural que fosse desenvolvida uma dinâmica de busca por uma constante forma de fazer política visando os resultados das próprias eleições, prejudicando em muitos casos o próprio período de gestão pública, dada a preocupação em trabalhar para a reeleição de um ator político ou até mesmo para manter o sucessor no poder após sua saída de dois mandatos majoritários consecutivos.

O fato de a comunicação estar presente no cotidiano público não é especificidade brasileira, mas sim está presente em muitos outros países de foro democrático, cuja preocupação eleitoral é latente e a busca por alianças e apoios governamentais constante. O governo federal do governo do Partido dos Trabalhadores é um exemplo factual dessa dinâmica. De acordo com Torquato (2002, p.121) *“as estruturas de comunicação na administração pública federal não de se reorganizar em função da evolução dos conceitos e das novas demandas sociais”*.

O apelo ideológico do PT, desde sua fundação no início da década de 80, foi relacionado aos movimentos populares e cidadãos pertencentes as classes mais baixas de renda e acesso político e cultural. Todavia, suas políticas públicas são mais direcionadas ao público predominante no país, com classe de renda menos e que ações públicas são muito mais relevantes e necessárias, visto a ausência de recursos para suprir tal necessidade pelos caminhos do setor privado, como educação, saúde e lazer, por exemplo.

Comunicação, Saúde e Pluralidade: novos olhares e abordagens em pauta

Em seu movimento mais ousado e dirigido, nas eleições de 2002, o grande ponto de campanha eleitoral do PT, com Lula como candidato, foi a promessa de implantação do Programa denominado “Fome Zero”, que difundia o conceito de erradicar nos anos posteriores indicadores de baixa qualidade de vida, como analfabetismo, baixo investimento na prevenção de doenças e limitado poder de consumo da população mais carente, decorrente da limitação de crédito no mercado e baixa taxa de crescimento de novos empregos no mercado.

Com o passar dos anos, as ações petistas com direcionamento para as classes mais baixas foram permitindo um aumento sustentável nos indicadores de popularidade do governo de Lula e nos dois primeiros anos de Dilma Rousseff. Fator que prova empiricamente o senso exitoso de controle e domínio de um grande e representativo percentual popular, dependente de um governo que mantenha os subsídios e demais assistências para os membros da família e do próprio cidadão.

FIGURA 2 – Logotipo do Programa Fome Zero (2002)



FONTE – Portal IG (2014, online)

A ação “Mais Médicos” foi iniciada como uma das séries de políticas para atingir cidades brasileiras cuja distância e características estruturais e econômicas não permitiam a manutenção de profissionais da saúde nesses municípios. Vale considerar que o perfil de formação dos profissionais da saúde no

país por décadas passadas foi direcionado aos membros de classes mais abastadas financeiramente e culturalmente da sociedade.

Esse fator é um dos grande entraves no que tange permitir a contratação de médicos para cidades mais afastadas e com pouca estrutura. São dois fatores principais: 1) grande parte dos médicos formados no país não se interessam em desenvolver e fixar carreira médica em cidades pequenas do interior, mas sim nas capitais dos estados da federação, principalmente São Paulo. 2) os salários trabalhados pelo poder público não são atrativos aos formados em medicina no Brasil, que já conta com número não suficiente de graduados por ano, que poderiam suprir o representativo déficit de profissionais no país.

O desenvolvimento dos meios de comunicação foi fator altamente corroborativo para promover maior capacidade informacional da população com os feitos do governo, sejam eles positivos, derivados de boas ações políticas, como também os feitos negativos, que são responsáveis pela queda de popularidade e derrocada de muitos atores políticos, distribuídos em todas as esferas do poder nacional.

A convergência tecnológica, com a funcionalidade dos multimeios, exige do poder público e seus representante capacidade de resposta rápida para as demandas da sociedade, como também na prestação de contas de escandalos e demais denúncias oriundas do contexto político e partidário. Na visão de Castells (1999), a sociedade informacional está amparada na capacidade do indivíduo compreender como lidar com a informação de modo útil e produtivo para os seus interesses.

As eleições de 2014 no Brasil para Presidente da República, Senadores, Governadores e Deputados (Federais e Estaduais) foi um representativo desafio para os candidatos e seus partidos, principalmente porque será a primeira eleição que ocorrerá posterior ao período de manifestações sociais de 2013, cuja força e intensidade foi responsável por grande redução dos índices de credibilidade dos governos e da imagem dos políticos e da instituição política.

Nesse sentido, em âmbito federal, que representa o recorte do presente artigo, a disputa foi pautada em feitos ocorridos na

gestão de Dilma Rousseff, que buscou mais um mandato de quatro anos, contra os demais adversários políticos provenientes de diversar alianças estratégicas partidárias. Para Fausto (2014, online) *“No Brasil, os candidatos em geral buscam se associar à ideias-imagens de compreensão instantânea e se refugiar em generalidades que não desagradem a nenhuma parcela significativa do eleitorado”*.

O poder de controlar Projetos populares nas cidades pequenas no interior dos estados brasileiros pode oferecer para o Partido dos Trabalhadores uma representativa vantagem no que tange conquistar votos de eleitores que não estarão, na maioria dos casos, envolvidos informacionalmente com inúmeras ações ocorridas nos dezesseis anos de governo petista, por ocasião de ausência informacional e formação política para tal fim.

O caso do Mensalão¹, ocorrido no ano de 2004 e com desfecho depois de uma década marcou o governo de Lula da Silva, todavia, diante de intensos projetos sociais, não podem ser considerados como um argumento com força suficiente para alterar um cenário político eleitoral, elegendo a oposição em uma queda de governo.

Programa “Mais médicos” e seu impacto no país

Um dos temas mais discutidos no país, unido com segurança pública e mobilidade urbana é a situação da saúde. Segundo dados do IBGE em 2013, explanados pelo periódico Estadão (2013, online), o país atingiu a marca de 200 milhões de habitantes. Desse número, uma estimativa descrita pelo TSE (2013, online), aponta que nas eleições de 2014, o pleito contará com aproximadamente 135 milhões de eleitores.

¹ O caso do Mensalão realizado por membros do governo de Lula no seu primeiro mandato, estava relacionado com um complexo esquema que foi desenvolvido para distribuir propinas à parlamentares de demais partidos e outros níveis políticos, com o objetivo de conseguir aprovações em projetos direcionados para votação na Câmara e Senado da República. Com mais de vinte indiciados, os processos tramitaram por dez anos até iniciarem as primeiras condenações e devoluções de parte dos recursos públicos desviados durante o esquema de corrupção.

Comunicação, Saúde e Pluralidade: novos olhares e abordagens em pauta

Esses apontamentos representam um alto e representativo contingente de brasileiros que estão envolvidos com as políticas públicas estabelecidos pelos estados e municípios, aliados com o governo federal. O país já passou dos 200 milhões de habitantes e desse percentual, ao menos 1/3 do contingente está relacionado com ao menos um dos principais projetos da esfera federal.

FIGURA 3 – Logotipo do Programa Mais Médicos lançado em 2013



FONTE – Portal Mais Saude (2014, online)

Formado predominantemente de brasileiros pertencentes na classe C de riqueza, com no máximo cinco salários mínimos de renda familiar, o uso dos recursos públicos ainda é muito intenso e influencia no processo de identificação com um governo ou determinado gestor público, aumentando sua credibilidade ou possibilitando sua queda e derrota política nas urnas.

Isto posto, é possível afirmar que o desenvolvimento de um programa de foro popular, envolvendo médicos em comunidades e cidades carentes de atendimento hospitalar é necessário e contribuirá explicitamente para a melhoria da relação do governo com o cidadão, que agora poderá observar atendimentos médicos para seus familiares e demais amigos.

Um dos pontos que fomentou grande repercussão na mídia e nos demais atores envolvidos no cenário médico foi o fato da possibilidade de contratação de médicos estrangeiros, caso as vagas para os lugares mais afastados não fosse cumprida e aceitas por

Comunicação, Saúde e Pluralidade: novos olhares e abordagens em pauta

médicos brasileiros. Diversas manifestações foram realizadas, inclusive com alguns atos de violência por parte dos manifestantes.

O programa foi alvo de críticas das principais entidades médicas, como o Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Federação Nacional dos Médicos. Uma delas é que o contrato de trabalho era ilegal, já que os profissionais recebem uma bolsa de ensino para trabalhar, e a vinda de médicos estrangeiros sem precisarem passar pelo Exame Nacional de Revalidação de Diplomas (Revalida). As entidades recorreram à Justiça, promoveram protestos e adiaram a emissão do registro provisório. (ULTIMOSEGUNDO, 2013, online).

De acordo com diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde, descritas no Portal da Saúde, o Programa contará com o auxílio de dois Ministérios para gerenciar os procedimentos burocráticos e formativos da proposta. O primeiro é o Ministério da Saúde, responsável pela contratação dos médicos e acompanhamento com as cidades inscritas no programa. De modo concomitante, o Ministério da Educação irá colaborar com o acompanhamento formativo dos médicos participantes do programa, incluindo médicos brasileiros e estrangeiros.

O Programa conta com uma série de benefícios para o médico que aderir que terá duração de três anos. Alguns dos benefícios são: 1) salário de 10 mil reais; 2) auxílio moradia na cidade que o médico ficar alocado (nesse caso ocorrerá parceria da União com o município e 3) subsídios para que o médico possa conseguir visitar os familiares de acordo com períodos pré-estabelecidos entre os pares contratados.

Como não se faz saúde apenas com profissionais, o Ministério está investindo R\$ 15 bilhões até 2014 em infraestrutura dos hospitais e unidades de saúde. Desses, R\$ 2,8 bilhões foram destinados a obras em 16 mil

Comunicação, Saúde e Pluralidade: novos olhares e abordagens em pauta

Unidades Básicas de Saúde e para a compra de equipamentos para 5 mil unidades; R\$ 3,2 bilhões para obras em 818 hospitais e aquisição de equipamentos para 2,5 mil hospitais; além de R\$ 1,4 bilhão para obras em 877 Unidades de Pronto Atendimento. (PORTALDASAUDE, 2014, online).

Outro ponto polêmico foi o acordo realizado entre o Brasil com Cuba, para que médicos cubanos pudessem concorrer às vagas disponíveis e participar do programa. Nesse ponto, o que mais diferencia é que os valores que serão repassados para os médicos não serão os mesmos estabelecidos para outros médicos, já que uma parte ficará para o governo de Cuba e a relação de trabalho da equipe cubana, assistida de modo distinto do que qualquer outra nacionalidade envolvida.

FIGURA 4 – Médicos cubanos no Brasil para o Programa Mais Médicos



FONTE – Portal Isto é (2014, online)

Para Sias (2013, online):

No acordo, temos um gritante exemplo de mais-valia: o médico recebe 30% do valor de seu trabalho, enquanto o governo cubano embolsa os outros 70%. A precarização da mão de obra e a coerção são exemplificadas pelo regime de

Comunicação, Saúde e Pluralidade: novos olhares e abordagens em pauta

trabalho ao qual serão submetidos, vigiados dia e noite, com passaportes confiscados e o pagamento efetuado diretamente às autoridades cubanas, que virtualmente são seus donos. Aliás, o que poderia significar maior precarização que praticamente ignorar a Lei Áurea de 1888?

Além da própria infra técnica de políticas públicas utilizada, o Projeto “Mais Médicos” está sendo trabalhado pelo Governo Federal como uma ação de intervenção ao maior problema sofrido pela população, que é o caso da saúde. O impacto emocional conduzido pela mensagem da campanha busca claramente traçar um divisor de águas, no que tange o tratamento federal para com os problemas da sociedade mais carente e desprezada por outros governos.

O Slogan principal da campanha “Mais médicos para o Brasil, Mais saúde para você” está sendo veiculado em rede nacional, por intermédio de mídias eletrônicas, mas também via material impresso. Entretanto, o grande interesse da proposta pela égide da comunicação de governo que caminha para um olhar eleitoral é o processo sinestésico que ocorrerá nessas cidades envolvidas e amparadas por esse atendimento.

O Portal Eletrônico também é utilizado para servir de canal de comunicação para médicos que queiram participar do programa, bem como sanar potenciais dúvidas da população de demais interlocutores sociais. Além de apresentar dados do programa, também oferece ferramentas que são ágeis para receber denúncias provenientes de atendimentos e maior controle da população acerca das atividades pré-dispostas pelas regras do programa federal.

De acordo com dados estabelecidos pelo Ministério da Saúde (2014) o programa aumentou em 35% o número geral de consultas na atenção básica – foram 5.972.908 em janeiro de 2014 ante 4.428.112 em janeiro de 2013. O atendimento a pessoas com diabetes aumentou 45%, passando de 587.535 em janeiro de 2013 para 849.751 em janeiro de 2014. No mesmo período, os atendimentos de pacientes com hipertensão arterial aumentaram

Comunicação, Saúde e Pluralidade: novos olhares e abordagens em pauta

5% e as consultas de pré-natal, 11%. O encaminhamento de pacientes para hospitais diminuiu 20%, passando de 20.170 para 15.969.

Os números do ministério indicam que o programa contratou 14,4 mil profissionais (11,4 mil deles cubanos) distribuídos em 3,7 mil municípios e em 34 distritos indígenas. Cerca de 75% dos médicos estão em regiões de grande vulnerabilidade social, como o semiárido nordestino, a periferia de grandes centros e regiões com população quilombola. (PORTAL EXAME, 2014, online).

Sendo mais que 2000 mil cidades no Brasil, a possibilidade de persuasão eleitoral de modo institucional é muito alta, visto que a presença de um médico entre pares antes totalmente desamparados nesse quesito, causará um impacto positivo na credibilidade de governo, independente de denúncias e demais informações fora do senso comum da maior parte dos brasileiros.

Considerações finais

Um dos pontos mais estratégicos e representativos em uma comunicação de governo visando pleitos eleitorais futuros é a capacidade de unir gestão de políticas públicas com abordagens corretas em camadas da população mais aderentes com a identificação das propostas estabelecidas.

A comunicação no poder público, assim como no poder privado é de extrema relevância para o alinhamento de ações políticas com potencialização e construção de imagem governamental positiva. Essas estratégias podem ser desenvolvidas em múltiplos segmentos e cenários.

O Programa “Mais Médicos” desenvolvido pelo Governo Federal de Dilma Rousseff foi lançado nacionalmente logo depois do período de manifestações sociais que percorreram todo o país, no primeiro semestre de 2013. Sendo um dos pontos mais críticos presentes nas pesquisas populares, o Programa visa direcionar

Comunicação, Saúde e Pluralidade: novos olhares e abordagens em pauta

médico brasileiros e estrangeiros para cidades e regiões carentes desses profissionais, permitindo atendimento para a população.

Esse projeto estará diretamente relacionado na estratégia de fortalecimento de Dilma no seu fortalecimento como uma interlocutora política, visto que é uma forma pragmática de buscar envolver eleitores que observam nesse programa e vários outros de foro assistencialista, aprovação de governo e plausível continuidade.

A campanha publicitária desenvolvida para o Programa explicita um cenário de solução de problemas, onde o médico será um interlocutor da comunicação, terminando tempos de ausência de médicos e atendimentos. Por ser um programa com claras características para construção da imagem pública do PT, está sendo alvo de inúmeros brasileiros, mas um ponto que deve ser lembrado é o impacto que a ações de um novo médico pode causar em uma comunidade carente, podendo ser persuadida com mais facilidade, no que tange uma potencial escolha eleitoral.

A identificação de programas sociais é muito mais aderente com a prática midiática adotada pelo PT nos últimos 12 anos de gerenciamento federal. Esse reflexos são demonstrados nos resultados eleitorais do pleito do segundo turno, de acordo com o mapa de votação que foi estabelecido, não necessariamente com uma divisão entre ricos e pobres, mas sim de regiões mais e menos desenvolvidas.

Referências

CASTELLS, Manuel. **Sociedade em Rede**. Paz e Terra: São Paulo, 1999.

ESTADÃO. **Brasil supera 200 milhões de habitantes em 2013**. Disponível em <www.estadao.com.br/noticias/politica/brasil200mi>. Acesso em 18.fev.2014.

FAUSTO, Sergio. Estadão Opinião. **Eleições 2014**. Disponível em <<http://www.estadao.com.br/noticias/impreso,eleicoes-2014,1129795,0.htm>>. Acesso em 18.fev.2014.

PORTALDASAUDE. **Mais médicos para o Brasil, mais saúde para você.** Disponível em

<<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/mais-medicos/mais-sobre-medicos/5953-como-funciona-o-programa>>. Acesso em 18.fev.2014.

PORTAL IG. **O que não deu certo no Fome Zero?** Disponível em <www.ig.com.br/ultimominuto/politica/oquenaodeucertodepoisdeumadecada>. Acesso em 18.fev.2014.

PORTAL ISTOE. **Médicos cubanos recebidos no Brasil.**

Disponível em

<www.portalistoe.com.br/mundo/saude/maismedicoseapolemicado-maismedicos>. Acesso 10.mar.2014.

RICHTER, André. **Maioria do TSE nega registro para a Rede Sustentabilidade.** Disponível em

<<http://memoria.etc.com.br/agenciabrasil/noticia/2013-10-03/maioria-do-tse-nega-registro-ao-partido-rede-sustentabilidade>>. Acesso em 18.fev.2014.

SIAS, Rodrigo. **O Programa Mais Médicos e a Mais Valia Cubana.** Portal Brasil Econômico. Disponível em

<http://brasileconomico.ig.com.br/noticias/o-programa-mais-medicos-e-a-maisvalia-cubana_135734.html>. Acesso em 25.mar.2014.

TORQUATO, Gaudêncio. **Tratado da Comunicação Organizacional e Política.** Thomson: São Paulo, 2002.

TSE. Tribunal Superior Eleitoral. **Eleitores previstos para 2014.**

Disponível em

<www.tse.gov.br/estatisticas/eleicoes/previsao2014>. Acesso em 02.fev.2014.

ULTIMOSEGUNDO. **Mais médicos termina o ano com mais de 6 mil profissionais.** Disponível em

<<http://ultimosegundo.ig.com.br/brasil/2013-12-28/mais-medicos-termina-o-ano-com-mais-de-6-mil-profissionais.html>>. Acesso em 02.fev.2014.

Capítulo 3

**ANÁLISE DA
INTERATIVIDADE DO
CIDADÃO BRASILEIRO NO
FACEBOOK DO MINISTÉRIO
DA SAÚDE: UMA RELEITURA
TEÓRICA DO “QUINTO
PODER”**

**Eliana Marcolino
Mayara Ribeiro Gerônimo
Patrícia Alves de Azevedo Ribas**

Introdução

*“É necessário criar um “quinto poder”. Um quinto poder que nos permita opor uma força cívica cidadã à nova coalizão dominante. Um quinto poder cuja função seria denunciar o superpoder dos meios de comunicação, dos grandes grupos midiáticos, cúmplices e difusores da globalização liberal”
(Ignácio Ramonet).*

As relações humanas, cada vez mais, se darão em um ambiente multimídia, cujos impactos ainda estão por serem estudados. A afirmação é de Castells (1999). Côncios de que as redes sociais se configuram como nova esfera pública de discussão, este estudo se propõe a uma análise sobre a participação do cidadão brasileiro na página do Facebook¹ do Ministério da Saúde, cujo objetivo é analisar o discurso preponderante que circula na página

do Facebook do MS acerca do programa “Mais Médicos¹”. Quem fala? O que fala? Como fala?

Além disso, o estudo se propõe a aprofundar na discussão teórica acerca do conceito de “quinto poder” e a partir daí, ressignificar esse conceito, com base na participação do usuário nas redes sociais.

Esta pesquisa se justifica frente à necessidade de se realizar estudos acadêmicos sobre as novas tecnologias que surgem como desafios na sociedade contemporânea. Os resultados obtidos nesta investigação poderão servir de subsídio para o Ministério da Saúde reavaliar a sua prática comunicacional através das redes sociais.

O Facebook é um importante canal de comunicação, porém, se mal utilizado pode gerar descrédito por parte da população, principalmente quando se identifica que os questionamentos dos internautas não são respondidos adequadamente. Os resultados obtidos nesta pesquisa favorecem uma série de reflexões, tais como: a utilização do Facebook por parte do MS, a forma como o cidadão brasileiro tem se relacionado com esta nova ferramenta, o espaço simbólico das redes sociais como nova esfera pública de discussão, e também como uma nova instância de “quinto poder”.

Metodologia

Segundo Krippendorff (1993), a análise de conteúdo é um procedimento de investigação sobre o significado simbólico das mensagens. Para Bardin (2009, p. 20), trata-se de “uma técnica de investigação que tem por finalidade a descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo, manifesto da comunicação”.

¹ Mais Médicos é um programa lançado em 8 de julho de 2013 pelo Governo Dilma Rousseff (PT), cujo objetivo é suprir a carência de médicos nos municípios do interior e nas periferias das grandes cidades do Brasil. O programa pretende levar 15 mil médicos para as áreas onde faltam profissionais. Os profissionais brasileiros tiveram prioridade no preenchimento das vagas ofertadas. As vagas remanescentes foram oferecidas primeiramente aos brasileiros graduados no exterior e em seguida aos estrangeiros. O programa terá validade de três anos, sendo prorrogável por mais três (www.saude.gov.br).

A Análise do Discurso, de acordo com Manhães (2005, p.305). “É uma técnica utilizada para interpretar o sentido de uma mensagem. A mensagem é elaborada por um sujeito emissor que tenta mostrar o mundo para um interlocutor, numa determinada situação, a partir de seu ponto de vista, movido por uma intenção”. Conforme Michel Foucault (2009), iremos analisar a construção discursiva de sujeitos sociais e do conhecimento e o funcionamento do discurso desses sujeitos nas redes sociais.

Procedimentos metodológicos

Considerando a dimensão e multiplicidade de informações que são postadas diariamente na página do Facebook do Ministério da Saúde, delimitou-se o tema no programa “Mais Médicos”, assim como o recorte temporal foi restrito a seis meses de pesquisa, desde o dia do lançamento do programa, 08/07/2013 até completar um ano de existência 08/07/2014, optou-se por trabalhar com meses intercalados para delimitar o material a ser analisado. (08 de Julho de 2013, setembro de 2013, novembro de 2013, janeiro de 2014, março de 2014, maio de 2014, 08 julho de 2014).

Crerios de inclusão e de exclusão: foram excluídas do estudo todas as mensagens institucionais como: Organização Panamericana da Saúde - OPAS -Organização Mundial da Saúde - OMS - Conselho Regional de Medicina- CRM- Associação Brasileira de Enfermagem-ABEN- Ordem dos Advogados do Brasil-OAB, Direitos Humanos, etc., porque o objetivo é analisar o discurso do cidadão comum. Também foram desconsiderados os comentários que não versavam sobre o programa “Mais Médicos”, esse tipo de conteúdo foi classificado como irrelevante para a pesquisa, além de textos de cunho exclusivamente pessoal, mensagens repetidas e ininteligíveis também foram excluídas.

Construiu-se um protocolo de análise, após leitura aprofundada das mensagens o formulário foi preenchido pelas três pesquisadoras, fez-se uma soma dos dados catalogados e calculou-se a média. Por exemplo: quantos homens? P1¹.165, P2¹132, P3¹ 164, M = 155. O protocolo foi preenchido por dia, ou seja, um protocolo para cada dia do mês. No item “gênero”, homem/mulher

apesar de a mesma pessoa postar várias mensagens, cada participante foi computado apenas uma vez.

Considerando os preceitos éticos que balizam o desenvolvimento de pesquisas científicas, os nomes dos autores das mensagens foram excluídos e para manter a originalidade das falas, os comentários copiados e mantidos *ipsis litteris*.

Contexto contemporâneo das redes sociais

O advento das novas tecnologias traz em seu bojo mudanças significativas no contexto da contemporaneidade. Para explicar o mundo mediado pela comunicação, Manuel Castells (1999) afirma que a sociedade passa por uma transformação da sociedade de massa para a sociedade em rede. A Internet, os celulares e a tecnologia SMS permitem a constituição de um número cada vez maior de interligações entre todos os meios. Essas tecnologias foram socialmente apropriadas pelos cidadãos e moldaram as formas como a mídia interage com o nosso dia-a-dia. Nesse sentido, a convergência midiática trouxe a dinâmica da interatividade. A interatividade é um processo democrático no qual o indivíduo compartilha suas experiências através do uso das novas tecnologias, a dinâmica de interação se manifesta por meio do exercício efetivo de receber, transmitir e tomar parte no processo de recepção, produção e transmissão das mensagens. Isso se revela na constituição das redes sociais.

De acordo com Souza e Quandt (2008, p.02). “*Redes sociais são estruturas dinâmicas e complexas formadas por pessoas com valores e/ou objetivos em comum, interligadas de forma horizontal e predominantemente descentralizada*”.

Um ponto convergente dentre os diversos tipos de redes sociais é o compartilhamento de informações, conhecimentos, interesses e esforços em busca de objetivos comuns.

De acordo com o site do Ministério da Saúde, “*as redes sociais do MS atuam no diálogo e na aproximação do governo federal com a sociedade*” (BRASIL, 2014).

Comunicação, Saúde e Pluralidade: novos olhares e abordagens em pauta

A intensidade da formação das redes sociais reflete um processo de fortalecimento da sociedade civil, em um contexto de maior participação democrática e mobilização social.

É imperioso notar o quanto essas novas configurações tecnológicas se aperfeiçoam e modificam a cada dia. Matéria publicada no jornal *O Estado de S.Paulo* (CAMILO ROCHA, 2013), revela que, pesquisa realizada pelo IBOPE/YOUIPIX mostra que em 2013 o Brasil se converteu em potência das redes sociais. Ganhando destaque nas mídias internacionais como o jornal *Wall Street* que chamou o país de ‘Capital das mídias sociais do universo’ e a Revista *Forbes*, que definiu o Brasil como ‘Futuro das mídias sociais’. Ainda de acordo com Camilo Rocha (2013).

Até setembro de 2013, mais de 80 milhões de brasileiros acessavam a Web. Desde 2010 houve um crescimento no uso de smartphones e tablets. O Facebook tem 76 milhões de usuários no Brasil [...]. A agência de comunicação Ampfy, e a consultoria de pesquisa The Listening Agency, preparou um estudo chamado Brasil com S de Social. A pesquisa é uma radiografia detalhada dos vários aspectos do fenômeno no Brasil. Para os autores, ‘o brasileiro viciado em mídia social’ já virou um novo símbolo nacional, ‘identificado com as transformações recentes no país’. ‘O brasileiro tem um número de amigos muito mais alto que a média global, o nível de engajamento também na plataforma é muito alto’, acrescenta Leonardo Tristão, diretor-geral do Facebook no Brasil. ‘A média de tempo que o brasileiro gasta se engajando é mais alta que a média global’.

Esses dados ilustram bem a apropriação das novas mídias pelo cidadão brasileiro. Nesse sentido, se pode afirmar que a comunicação é um direito fundamental para o exercício da cidadania e para a ampliação da democracia, e o exercício desse

direito, na sociedade atual, passa pela apropriação das ferramentas das tecnologias de comunicação.

Cabe aqui salientar que as novas tecnologias também geram um novo processo de exclusão. Por isso se deve incentivar o avanço e tentar ampliar o acesso da população a essas ferramentas. Apesar de se reconhecer que existe uma desigualdade entre os segmentos sociais, os benefícios que o ciberespaço pode propiciar são inegáveis; conforme adverte Pierre Lévi (1999). *“Estamos vivendo a abertura de um novo espaço de comunicação, e cabe apenas a nós explorar as potencialidades mais positivas deste espaço nos planos econômico, político, cultural e humano”*.

A convergência tecnológica propiciou um ambiente inovador adaptado à experimentação e interação nas relações estado-sociedade, sociedade-sociedade, cidadão-cidadão. No que tange à relação estado-sociedade, destacam-se os sistemas de controle de desempenho e monitoramento dos gastos financeiros, recursos humanos e materiais, geridos pela administração pública com vistas a aumentar o papel da transparência e da *accountability*² governamental das instituições públicas, organizações privadas e parceiros da sociedade civil, notadamente as organizações não governamentais.

A relação sociedade-sociedade pode ser ilustrada com as ações dos grupos constituídos pela sociedade civil, tais como os observatórios que são instâncias que participam do processo de controle social. Um bom exemplo é a Agência de Notícia dos Direitos da Infância (ANDI), uma organização não governamental que se destaca devido à consolidação histórica das atividades que vem desenvolvendo, como: *“A interação direta com as redações jornalísticas e com as fontes de informação na construção da pauta e na disseminação de notícias [...] Monitoramento da mídia sobre a maneira com que o tema criança e adolescente é abordado”* (ANDI-<http://www.ai.org.br>).

Já a relação cidadão-cidadão tem ganhado força com as redes sociais. A utilização das múltiplas mídias digitais como instrumento de construção e exercício da cidadania. Cada dia os

² Prestação de contas à sociedade.

grupos no Facebook no Brasil vão se fortalecendo através de simples iniciativas dos cidadãos comuns. Os mesmos participam e interagem, curtem os posts, comentam e compartilham temas de interesse. A utilização das câmeras tem permitido a produção de vídeos e compartilhamento de imagens.

Instâncias governamentais como o Ministério da Saúde têm adotado as redes sociais para uma aproximação com a sociedade, e em contrapartida a sociedade está se apropriando desses espaços virtuais para exporem suas queixas, denúncias, dúvidas e até sugestões relacionadas aos serviços que são ofertados pelo Sistema Único de Saúde - SUS.

Este artigo situa-se nesse âmbito de questões e objetiva compreender e analisar as mensagens que são publicadas de forma espontânea pelo cidadão comum, essa espontaneidade é a questão central quando se propõe uma releitura sobre o conceito de “quinto poder”. Para Ramonet (2003), trata-se do controle da sociedade sobre os meios de comunicação, que visa se contrapor ao “quarto poder”, expressão que designa o controle da mídia aos clássicos três poderes dos regimes democráticos: executivo, legislativo e judiciário.

Os observatórios de mídia foram classificados por Ramonet (2003, p.3) como instâncias de “quinto poder”, ou seja, propõe a instituição de mecanismos sociais para o controle da mídia, a esse mecanismo denomina de “quinto poder”.

Estudo realizado sobre “As configurações dos Observatórios de Mídia e Observatórios de Saúde no Brasil” (MARCOLINO e LERNER, 2013) identificou que os observatórios estão majoritariamente vinculados ou são patrocinados por instituições governamentais. Essa ligação com o poder público pode descaracterizá-los como efetivos no controle social, ao contrário do cidadão comum que se manifesta voluntariamente nas redes sociais sem temer qualquer coação, ou censura, visto que, em sua maioria não estão diretamente ligados aos poderes dominantes. É nessa perspectiva que propomos uma releitura da constituição do “quinto poder” na sociedade contemporânea. Acredita-se que o “quinto poder” deve ter autonomia, autenticidade e liberdade de ação e de expressão para exercer o controle social¹.

Ressignificando o “Quinto poder”

Comunga-se com a ideia de Ignácio Ramonet sobre a necessidade de se criar um “quinto poder”, que seria o controle da sociedade sobre os meios de comunicação. O autor propõe a instituição de mecanismos sociais para o controle da mídia, para ele os Observatórios cumpririam esse papel. Porém, com o advento das novas tecnologias compreende-se que as redes sociais têm demonstrado potência e muito mais eficácia para exercer esta função de “quinto poder” se comparada com os Observatórios, conforme descreve Manuel Castells na sua mais recente obra *Redes de Indignação: Movimentos sociais na era da Internet* (2013). Para o teórico, as Redes Sociais são espaços de autonomia, que estão para além do controle de governos e empresas, que ao longo da história, monopolizaram os canais de comunicação como alicerces de seu poder.

Ao descrever as características dos movimentos sociais contemporâneos que se ancoram na internet e nas tecnologias móveis, Castells (2013) afirma que esses movimentos contemporâneos ignoram partidos políticos, desconfiam da mídia, desconhecem uma liderança e rechaçam toda forma de organização formal, apoiam-se na internet e em assembleias locais para o processo do debate coletivo e a tomada de decisões.

A crítica que se faz aos observatórios é que eles nasceram com as mesmas características das instituições clássicas, arraigados nas instâncias governamentais. Percebe-se que esse tipo de organização social não mais contempla as demandas da sociedade contemporânea. O movimento que se faz é outro, conforme preconiza Castells, seria o movimento da ‘autoconsciência’.

Os cidadãos na era da informação tornaram-se capazes de inventar novos programas para suas vidas com as matérias-primas de seu sofrimento, suas lágrimas, seus sonhos e esperanças. Elaboram seus projetos compartilhando sua experiência. Subvertem a prática da comunicação tal como usualmente se

dá, ocupando o veículo e criando a mensagem. Superam a impotência de seu desespero solitário colocando em rede seu desejo. Lutam contra os poderes constituídos identificando as redes que os constituem (CASTELLS, 2013, p.11).

O espaço aberto das redes sociais permite que as pessoas entrem e saiam do território de debate sem grandes formalidades. A grande vantagem desse território é que as pessoas têm condições de estarem conectadas independentemente do espaço geográfico, as redes sociais formam territórios sem fronteiras, isso facilita a participação do cidadão.

Ao longo da história, os movimentos sociais são produtores de novos valores e objetivos em torno dos quais as instituições da sociedade se transformaram a fim de representar esses valores criando novas normas para organizar a vida social. Os movimentos sociais exercem o contrapoder construindo-se, em primeiro lugar, mediante um processo de comunicação autônoma, livre de controle dos que detém o poder institucional. Como os meios de comunicação de massa são amplamente controlados por governos e empresas de mídia, na sociedade em rede a autonomia de comunicação é basicamente construída nas redes da internet e nas plataformas de comunicação sem fio. As redes sociais digitais oferecem a possibilidade de deliberar sobre e coordenar as ações de forma amplamente desimpedida (CASTELLS, 2013, p.11).

A maior vantagem das redes sociais é a autonomia que o usuário desfruta, ele entra na hora que quer, comenta o que lhe interessa, compartilha e exclui informações, critica o governo e os poderes constituídos: executivo, legislativo judiciário e questiona a mídia que é considerada o quarto poder. O internauta constrói as

suas redes de relacionamentos e filtra os conteúdos que lhe interessa, é receptor e produtor de conteúdo, é um sujeito partícipe dos dramas sociais.

Então o que seria este outro quinto poder? As redes sociais são o “quinto poder” trata-se de um território simbólico autônomo, dinâmico e informal o qual exerce o contrapoder frente aos poderes constituídos: executivo, legislativo, judiciário e a mídia. As redes sociais possuem a potência para o exercício do verdadeiro controle social.

Território simbólico

As redes sociais surgem como um novo espaço de discussão, um novo território, porém um território simbólico. Se na Grécia Antiga, segundo o princípio da isegoria, qualquer cidadão tinha o direito de falar nos debates da assembleia, porém somente o faziam aqueles que possuíam habilidades de oratória. A Ágora digital também faz o seu filtro, só pode participar deste espaço aqueles que detêm o domínio da leitura, para o internauta compartilhar e curtir ele precisa ler o post; para fazer comentários obviamente precisa dominar a técnica da escrita.

O debate sobre o “Mais Médicos” foi permeado por discursos coerentes e argumentações coesas, na sua maioria textos bem redigidos. As mensagens oriundas de pessoas que detinham pouco domínio da escrita são parcimoniosas, compostas por frases curtas, monossilábicas. Percebe-se uma autocensura por parte desses internautas, quem se arrisca a redigir mais de uma palavra incorre em erros gramaticais, conforme o exemplo a seguir: “Boa noite galera ate que em fim os governante tomaro vergonha na cara de colocar, mas medico para as pessoa carente, pois muita pessoa morreu por falta de negrigencia” (sic).

A imprecisão gramatical muitas vezes torna a mensagem ininteligível e dentro dos critérios de inclusão e de exclusão, as mensagens incompreensíveis são descartadas da pesquisa, já que o participante não se faz entender. Ou seja, muitos até tentam participar do debate, porém acabam por serem excluídos, porque a Ágora pertence aos letrados, aos mais hábeis na escrita.

Comunicação, Saúde e Pluralidade: novos olhares e abordagens em pauta

Estamos inaugurando um espaço público com novas práticas e novas identidades, essa afirmação encontra eco no pensamento de Lévy (1997) o qual afirma que nestes novos espaços surgem novas solidariedades, novos excluídos e novos mecanismos de participação social.

Para Silva,

Ao abordar a questão da geração de novos espaços públicos, novos espaços antropológicos surge a questão da territorialidade, na medida em que o território é o ponto de ancoragem fundamental na construção das identidades. Contudo, o território como ponto de ancoragem da identidade só existe através de um sistema de representações que serve para desenhar as fronteiras desse território, mas, sobretudo, povoa esse espaço de símbolos e de significações (sentido) que lhe dão a sua individualidade e especificidade em relação aos espaços vizinhos. O território é, pois, fruto da construção de sistemas de representação. Apesar de, normalmente, quando se fala de território lhe estar associada à ideia de fronteiras geográficas, dever-se-á cada vez mais sublinhar que são os elementos simbólicos representativos de um território que lhes dão identidade (SILVA 2004, p.5 e 6).

Comungamos da ideia de Silva (2004) que propõe uma tripla dimensão de pensar a territorialidade da Internet, a primeira seria a de vislumbrar a Internet como um território simbólico e abrangente em uma perspectiva global; a segunda pensa nas implicações da flexibilidade que a Internet proporciona sobre o território geográfico, e a terceira diz respeito à representação de territórios individuais na Internet.

Ainda de acordo com Silva (2004), a Internet é um território de espaços onde é possível a coexistência do público e do privado, do local e do global o que conduz à reorganização das sociabilidades tradicionais. Nesse contexto a geografia passa por

um processo de reconfiguração, a sociedade contemporânea vivencia novas experiências nessas múltiplas dimensões espaciais.

Territorialidade, desterritorialização e território em rede

O conceito de território não se limita ao espaço geográfico ou delimitação física, no sentido material de lugar, ele possui dimensões simbólicas, muito além da materialidade. Segundo Bourdieu (1996) *apud* Vieira (2010, p.98), o território refere-se a uma apropriação simbólica de determinado espaço, que não necessariamente o espaço físico, como por exemplo, na construção das redes sociais no ciberespaço.

Para Hasbaert (2005), o território é uma construção histórica sob uma perspectiva social que envolve uma relação de poder de forma ampla com múltiplas formas de apropriação, rompendo as escalas espaços-temporais (VIEIRA, 2010).

A partir da perspectiva de território, a Internet veio para ampliar esse conceito, propondo mudanças estruturais embasadas pelos suportes tecnológicos, visando à facilidade de divulgar informações com a condução desse novo fluxo comunicacional de forma mais eficaz (OLIVEIRA, 2011).

Com esse aporte tecnológico quebram-se as barreiras de tempo-espaço, visto que o sujeito está geograficamente num lugar físico específico (a partir do qual produz e partilha informação e relações) e ao mesmo tempo imerso na pluralidade de lugares que a navegação em rede permite. Esse espaço virtual conduz uma nova forma de repensar as fronteiras geográficas e as próprias relações de territorialidade, devido à dimensão global dos fluxos de informações e comunicações que favorecem fazendo surgir novos espaços e motivos de encontro, como por exemplo, as redes sociais que compartilham informações diversas, e as pessoas ao se apropriarem desse território em rede e de suas potencialidades ampliam a capacidade de se comunicar e de criar.

As comunidades virtuais foram definidas como movimento onde um número significativo de pessoas promovem discussões públicas num período de tempo suficiente, com emoções, indagações e questionamentos para formar teias de relações

pessoais no território em rede. Nesse contexto, as comunidades virtuais são um conjunto de relações sociais unidas por interesses comuns ou circunstâncias compartilhadas, agregam-se com objetivos próprios, independentes de fronteiras ou demarcações territoriais fixas (PERUZZO, 2001).

Embora essas comunidades virtuais sejam formadas para partilhar interesses próprios ou auxiliarem na formação de traços de identificação, elas são capazes de aproximar e conectar os indivíduos que talvez nunca tivessem oportunidade de encontrarem-se pessoalmente. O avanço da tecnologia impulsionou a criatividade humana, promovendo novas dimensões, bem como possibilitando a visibilidade e à disponibilidade de material que circula na rede. Assim, permite que a comunicação se intensifique, ou seja, o aparato tecnológico promove o convívio, o contato e uma maior aproximação entre as pessoas (CORREA, 2004).

Ao analisar esse novo processo de territorialização dos espaços em rede que os avanços tecnológicos nos permitem, pode-se afirmar que, para aqueles que têm o privilégio de usufruí-lo, o território inspira a identificação (a formação de grupos afetivos) e também a dominação desse novo espaço em expansão com a apropriação efetiva desse território, exemplificado pelo aumento da participação dos internautas nas redes sociais.

Quando se refere às relações formadas pelos internautas através das redes sociais observa-se que estas são reguladas e possuem princípios mínimos de organização, viabilizadas a partir de um moderador que coordena todas as discussões realizadas nesse determinado espaço. Afirmção ilustrada por Raffestin, ao citar que:

O território, como todo, é qualquer espaço caracterizado pela presença de um poder, ou ainda, “um espaço definido e delimitado por e a partir de relações de poder”. E ainda, o poder “surge por ocasião da relação”, e “toda relação é ponto de surgimento do poder”. Quando coexistem em um mesmo espaço várias relações de poder

dá-se o nome de ‘territorialidades’, de modo que uma área que abriga várias territorialidades pode ser considerada vários territórios (RAFFESTIN, 1993, p.54).

A territorialidade é resultado das relações políticas, econômicas e culturais, e assume diferentes configurações, criando diversidades espaciais e paisagísticas, é predominante nos indivíduos, pois remete aos valores tanto materiais quanto simbólico que transferem ao espaço em que vivem.

Com essa nova dinâmica do espaço virtual é possível notar diferentes territorialidades no tempo e espaço, como a desterritorialização e reterritorialização, que estão acontecendo ao mesmo tempo no processo de apropriação do ciberespaço (GONDIM, 2008).

Para Franchini (2010), os movimentos de territorialização e desterritorialização são um conjunto de processos que promovem a criação e destruição de ordem e desordem, envolvem mudanças referentes à apropriação do espaço tanto real quanto virtual. É notado que ao utilizar o espaço virtual como instrumento para pesquisas, discussões e questionamentos o indivíduo está se apropriando dessa rede de comunicação e com a facilidade e rapidez desse aporte tecnológico os outros meios de comunicação como rádio, jornal, e televisão passam a ser obsoletos. Assim Haesbaert (2007) *apud* Franchini (2010, p.4), afirma que “[...] *a desterritorialização é simplesmente a outra face, sempre ambivalente da construção de territórios que leva ao processo de reterritorialização, a reafirmação no território de um constante processo de reconstrução das identidades em busca da autonomia no espaço*”.

Toda sociedade se estrutura sobre territórios (território mundial, nacional, regional, local). Contudo, o desenvolvimento dos meios de comunicação tem provocado o aparecimento de uma nova modalidade territorial: o território virtual ou tecnoinformacional (BARICHELLO, 2009).

O funcionamento difere-se do território tradicional, uma vez que ele não está sujeito à proximidade física entre os seres que

utilizam os ambientes, mas inúmeras ferramentas e modalidades comunicativas, proporcionando interatividade e são utilizadas por organizações, entidades coletivas individuais. (LÉVY, 2000), um dos maiores expoentes do debate atual sobre a teoria do virtual, busca explorar a cartografia semântica e apresentar categorias para utilização, ‘o virtual é como o que está em potência no real’.

Proporciona uma união entre seus integrantes, com mesmos ideais, propiciando verdadeiras revoluções no espaço virtual em prol do mundo real e significativas transformações na dialética relação do sujeito com o mundo, revolucionando todas as dimensões da vida humana: relações pessoais e familiares, de trabalho, produção, instituições, práticas sociais, códigos culturais, espaços e processos formativos públicos e privados.

Empoderaram-se os usuários, e revelando-se a vulnerabilidade das organizações frente à participação, colaboração e interação - o quinto poder – nota-se que essa comunicação expõe as organizações e faz com que os processos e modelos vigentes sejam repensados, tais formatos e mudanças, em seu conjunto, produzem o que Lévy denomina de cibercultura: “*o conjunto de técnicas materiais e intelectuais, de práticas, de atitudes, de modos de pensamento e de valores que se desenvolvem juntamente com o crescimento do ciberespaço*” (LÉVY, 1999, p. 7).

Esse assume certo papel na (re) produção cultural, na (con) formação de visões de mundo, habilidades, atitudes, valores, recurso terapêutico (frente às dificuldades da vida real). Passa-se a constituir um território simbólico, em um processo de inteligência coletiva que vai além do pensar individual, um processo fundamentalmente social.

O redesenho do espaço das interações humanas, emergem e revelam outras territorializações, as quais, segundo Haesbaert (2004), traduzem-se na redefinição dos espaços, que passam a incorporar dimensões materiais e ou simbólicas. Dessa dinâmica, elaboram territórios físicos, virtuais, políticos e culturais, construindo a vivência de multiterritorialidades, através da comunicação instantânea, intervindo sobre territórios distintos, sem a necessidade de mobilidade física, uma multiterritorialidade envolvida nos diferentes graus, denominado como sendo a

conectividade e/ou vulnerabilidade informacional (ou virtual) dos territórios.

Portanto, esse espaço virtual integra-se pela celeridade das informações hipertextuais, dispostas em rede, as quais possibilitam leituras mais imediatistas pela associação da expressão verbal de interação, como no tratar dos fatos e fenômenos desta dinâmica territorialista.

Resultados e discussão

Qual é o discurso preponderante que circula na página do Facebook do Ministério da Saúde acerca do programa “Mais Médicos”? Quem fala? O que fala? Como fala?

Quem fala? Do número absoluto de participantes, que soma um total de 303 pessoas, a maioria é do gênero masculino, um total de 53% de homens é quem fala, enquanto que as mulheres somam 47%. Sobre o perfil dos internautas, a maioria foi identificada como profissional da saúde 47%, usuários somam 42% e 11% são estudantes.

O Ministério da Saúde fez 17 postagens durante esse período de estudo, sendo que nos meses de janeiro e julho de 2014 houve um silenciamento, não teve posts sobre o tema “Mais Médicos” muito menos comentários acerca do assunto. De um total de 551 mensagens, o MS respondeu a 74, isso significa que apenas 12% do total das mensagens obtiveram uma resposta, além disso, do somatório das mensagens respondidas, 44 foram repetidas, ou seja, 37% do conteúdo das respostas do MS foram repetitivos e os internautas reclamaram desta conduta, como se pode ilustrar nas queixas dos participantes: “tinham me dado esta resposta”; “Parece resposta de telemarketing, sempre pronta e pouco objetiva! Só faltou falar: agradecemos por sua participação”...

Para responder à questão o que fala, foram construídas diferentes categorias analíticas, sendo elas: a) favorável ou contrária ao “Mais Médicos”? b) Apoia os médicos brasileiros ou apoia os médicos cubanos? Contra os médicos brasileiros ou contra os médicos cubanos ou contra Cuba? C) Questionamentos: questionam os direitos trabalhistas? Questionam a não exigência do

Comunicação, Saúde e Pluralidade: novos olhares e abordagens em pauta

REVALIDA aos médicos estrangeiros? Questionam a competência técnica dos médicos cubanos? d) questionam a infraestrutura dos serviços de saúde? e) questionam problemas no site para fazer a inscrição? f) questionam a falta de pagamento da bolsa?

A maioria das mensagens se revela contrária ao programa “Mais Médicos” 56%, enquanto que 44% declararam favoráveis. O maior número de participantes manifestou apoio aos médicos brasileiros (52%), conforme declaração abaixo:

Precarização do trabalho! Não queremos bolsas, mas sim direitos trabalhistas! CONCURSO PÚBLICO, REGIME ESTATUTÁRIO, Plano de cargos e carreiras para todos profissionais do SUS já! Caso o governo estivesse mesmo interessado na saúde pública baixava um PLANO DE CARGOS E CARREIRAS, com VÍNCULOS TRABALHISTAS decentes para TODOS os trabalhadores de saúde do SUS, aí, sim, conseguiria fixar trabalhadores em regiões remotas. Não existe conto de fadas e nenhum trabalhador estuda tanto para se formar em uma faculdade para no final fazer caridade e viver de bolsa, sem nenhum direito trabalhista garantido! Se algo lhe acontecer de ruim, ou até engravidar, sua bolsa poderá ser suspensa! Quem gostaria de trabalhar assim, nessa insegurança? Discordo em muitos pontos sobre a formação do médico brasileiro, mas em um ponto concordo com eles: é necessário garantir os direitos trabalhistas. O programa mais médicos deveria se chamar mais votos, pois depois de seis meses os bolsistas poderão sair do programa, ou seja, até lá as campanhas eleitorais de 2014 já se findaram.

Enquanto que 48% demonstraram apoio aos médicos cubanos.

Comunicação, Saúde e Pluralidade: novos olhares e abordagens em pauta

Faço parte dos 74% da população brasileira que apóia a vinda de médicos estrangeiros. Agora sim os usuários do SUS terão um atendimento humanizado e de alta qualidade, pois os médicos cubanos são reconhecidos no mundo inteiro pela sua eficiência técnica, só aqui no Brasil alguns médicos chorões não querem admitir essa verdade.

Na categoria contrários, 56% manifestaram oposição aos médicos cubanos, e 36% teceram comentários desfavoráveis aos médicos brasileiros, além disso, 16% posicionaram contra Cuba, repúdio ao regime dos irmãos Castro (Fidel e Raul).

Quanto aos questionamentos, o mais expressivo foi sobre a falta de estrutura nas instituições de saúde, ou seja, 43% dos questionamentos versam sobre a ausência de equipamentos e a precariedade nas instalações físicas, do tipo:

“ACORDA GOVERNO! DORMIU NO PONTO 11 ANOS E NEGLIGENCIOU A SAÚDE TOTALMENTE, SUCATEOU A SAÚDE AGORA VEM COM ESTA TERCEIRIZAÇÃO POPULISTA E IRRESPONSÁVEL???????????? Importar MÉDICOS para locais onde faltam leitos, hospitais, remédios, exames e etc... é como querer resolver o problema da FOME importando COZINHEIROS num lugar onde não há comida, nem panelas, nem fogão. O POVO ESTÁ MORRENDO NAS MACAS E CADEIRAS NOS CORREDORES DOS HOSPITAIS!”.

Em segundo lugar ficou a luta pelos direitos trabalhistas com 20% dos questionamentos, em terceiro lugar 13% indagam sobre a competência técnica dos médicos cubanos. Enquanto que os números menos expressivos nesta categoria são problemas no site na hora da inscrição, um total de 10%, críticas a não exigência do

Comunicação, Saúde e Pluralidade: novos olhares e abordagens em pauta

REVALIDA aos médicos cubanos, 8%. Os usuários, na maioria, reclamam da falta de humanização no tratamento e do descaso dos médicos brasileiros para com os pacientes, um total de 21%. Conforme se pode ilustrar com a seguinte mensagem:

Os médicos brasileiros estão é com medo, visto que estão errando cada vez mais, são insensíveis, desatenciosos e preguiçosos! O Ministério da Saúde deve ignorar estas movimentações contrárias à vinda de médicos estrangeiros, que, como temos visto, gostam mesmo é de bater o cartão de ponto em hospitais públicos e ir embora logo em seguida para atender em seus consultórios particulares! Bando de imorais, calem-se!

Como fala?

O espaço virtual das redes sociais permite uma linguagem mais informal. No Facebook do MS, percebe-se que os internautas não sabem muito bem a quem se reportar, não existe consenso sobre quem é o seu interlocutor. Alguns se dirigem ao então ministro da saúde Alexandre Padilha, outros ao Ministério da Saúde, outros falam direto com a presidenta Dilma, tem aqueles que se reportam ao moderador do Facebook.

Apesar de grande parte usar um tom cordial, existe um grupo que se posiciona de forma mais ácida, com uso de vocábulos que denotam raiva, como se pode constatar nas frases a seguir: “Vcs do governo são todos uns lixos!” “Ditadores, irresponsáveis! Muitos vão morrer nas mãos dos cubanos pra vocês ganharem votos”.

Eu não consigo entender como esse **cara de pau** consegue falar tanta besteira ... será que só ele está certo e outros milhões de autoridades estão errados ... no mínimo é mais um **nazista** fantasiado de socialista que quer aparecer ...

coloca uma concha de melancia na cabeça e a outra metade pendurada no pescoço ... tem que internar esse cara ... está tendo um surto psicótico ... (no mínimo) ... [destaque dos autores].

Percebe-se que a informalidade nas redes sociais oportuniza o internauta a falar o que bem entender, inclusive, esbraveja, reclama e insulta. O ponto de exclamação é usado com frequência, além disso, existem frases que são grafadas em caixa alta, as quais denotam uma linguagem imperativa.

É importante observar que embora o programa “Mais Médicos” tenha recebido médicos de outros países, 100% dos comentários referentes aos médicos estrangeiros são acerca dos cubanos, ninguém se referiu a médicos de outros países, como portugueses, argentinos e espanhóis. A não ser uma reportagem que fora publicada falando que o programa não entusiasmou os médicos portugueses, mas ninguém comentou. Houve um silêncio por parte dos internautas quanto à presença de médicos de outros países.

Sobre a fala do Ministério da Saúde, este responde pouco às questões que lhes são colocadas, as respostas na maioria são padronizadas, repetitivas, generalistas e vagas de informações, grande parte foge aos questionamentos que lhes são feitos, conforme critica um internauta: “Ministério da Saúde no FB tá pior que disco furado, BLÁ BLÁ BLÁ BLÁ BLÁ BLÁ., por gentileza, entre em contato com a Ouvidoria geral do SUS por meio do telefone 136 ou pelo link <http://bit.ly/phNntbe>”.

O mês em que o ministério respondeu o maior número de mensagens foi em novembro de 2013, quando contestou 20 dos 84 comentários, sendo que nesse mês um grande número de participantes teciam palavras de elogios ao programa “Mais Médicos”.

De acordo com o site do Ministério da Saúde, “as redes sociais do MS atuam no diálogo e na aproximação do governo federal com a sociedade. Esse estudo revela que o Facebook não está funcionando como plataforma de diálogo, muito menos de aproximação conforme afirma o MS, visto que a maioria dos

Comunicação, Saúde e Pluralidade: novos olhares e abordagens em pauta

comentários e questionamentos dos internautas fica à espera de uma resposta. Isso limita a possibilidade do debate, geralmente o internauta entra na página, posta a sua mensagem e ela, na maioria das vezes, fica isolada, sem respostas do MS, conforme se pode exemplificar: “Aguardo uma resposta, já vi que quem responde as questões do “ministério da saúde” no Facebook respondeu a várias questões colocadas posteriormente a minha acima, mas não a que expus”. No aguardo” (Sic).

Também ficou evidente que existe pouca interação entre os participantes, a sensação é de que paira certo receio em se comentar a fala alheia, esses momentos foram raros ao longo dos meses de análise.

Sobre as instituições a que evocam, a mídia foi a mais referenciada com um total de 48% das menções, isso reforça sua legitimidade como instância de 4º poder, é como uma caixa de ressonância da sociedade, conforme se pode exemplificar: “Ja fiz isso e eles não respondem, e esse telefone 136 e o setor dos desinformados. E bom o responsável do Facebook do MS ir avisando o q ta acontecendo aos seus chefes, pois essa bola de neve vai estourar na imprensa... fica a dica” (Sic)...

Em nome dos que não tem voz (mídia), e que não podem contar com a presença e atenção de um médico, sejam bem-vindos, senhores médicos, brasileiros ou estrangeiros!

E isto Ministro vamos enfrentar a mídia??

Em segundo lugar está o Ministério Público, com 43%. A mensagem a seguir ilustra esse dado: “faça uma denúncia no ministério público pra vc se resguardar e poder anexar mesmo após o prazo, pois o erro é técnico e a culpa não é sua. Eu já havia anexado os documentos. Só depois que fiz isso consegui escolher as cidades”.

Será que vamos ter que apelar para o MP investigar mais esta irregularidade !!!

E em terceiro lugar a Polícia Federal - PF. Fizeram referências ao Superior Tribunal de Justiça - STJ, Conselho Regional de Medicina - CRM, Ordem dos Advogados do Brasil - OAB. Porém, ninguém fez menção aos observatórios como instâncias do “quinto poder”.

Notas e reflexões finais

Este estudo tem duas bases que o fundamentam. A primeira se sustenta na teoria desenvolvida por Ignácio Ramonet, sobre a necessidade de um “quinto poder”. A segunda está alicerçada na ideia de Manuel Castells sobre as redes sociais como espaço de excelência para o exercício do contrapoder. A partir de ambos os conceitos fez-se uma releitura sobre o “quinto poder”, defende-se a relevância e a existência do mesmo, porém não como preconiza Ramonet através dos Observatórios, mas o “quinto poder” seria constituído pelas redes sociais. Essas tem se demonstrado como espaço profícuo para o exercício do controle social, já que as pessoas que dela fazem parte estão desprovidas de laços políticos e institucionais, a participação se dá de forma espontânea e livre. Ao contrário dos Observatórios de Mídia e Observatórios de Saúde que na maioria foram criados por instituições governamentais ou são financiados por empresas particulares as quais limitam a ação do controle social. Para que o controle seja eficiente deve provir de forças externas, como acontece com as redes sociais.

Os movimentos populares brasileiros passaram por um processo de institucionalização, isso acabou por gerar a cultura da profissionalização, são os conselheiros profissionais, os observatórios profissionais com estrutura e hierarquia constituídos. Sabe-se que, o governo tem duas formas de deslegitimar os movimentos sociais, o primeiro seria o enfrentamento arbitrário com a força do aparelho repressor, e a segunda seria com o apoio e patrocínios. O suporte governamental aos movimentos sociais acaba por cooptá-los extraíndo suas forças de maneira sutil, nesse sentido o movimento deixa de ser espontâneo e passa a atender às demandas de convocações verticalizadas.

A sociedade brasileira presencia o enfraquecimento das conferências nacionais e municipais de saúde. A partir do momento que a participação passa a ter a conotação de um compromisso com o Estado, a população se apresenta menos interessada. Tal como se exemplifica em um determinado município no estado do Espírito Santo em 2010, o secretário de saúde queria criar os Conselhos Locais de Saúde, para tanto, precisava da participação dos profissionais. Houve uma rejeição por parte dos mesmos, os quais argumentavam que a palavra final sempre era do secretário. Questionavam para quê conselhos? Para fingir que são democráticos?

O estudo realizado na página do Facebook do Ministério da Saúde revela que apesar de a construção discursiva do governo versar sobre a defesa de um espaço de diálogo com o cidadão, esta prática dialógica está aquém da ideal, sendo monofônico o tom do discurso do Ministério. O povo, no entanto, não deixa de participar, não desiste de questionar, querem e exigem respostas. As redes sociais se fortalecem, vem surgindo uma nova revolução social provocada pelos meios de comunicação. A esse movimento pode-se denominar de “Revolução Intelectual” onde mãos completamente desarmadas, ou melhor, as armas trazidas nas mãos são os celulares, smartphones, tablets e computadores, capazes de provocar mudanças na estrutura social, impulsionado pela potência das redes sociais, a isso pode-se denominar de “quinto poder”.

Pode-se questionar se o “quinto poder” teria forças suficientes para enfrentar os demais poderes. Para responder a essa indagação tomamos emprestado as palavras de Castells (2013) o qual afirma que, os movimentos de deliberação que acontecem nas redes sociais podem não chegar a acordos concretos, porém o mais importante é o processo nessa forma de organização espontânea, importa é que estamos experimentando novas formas de democracia, o “quinto poder” pode não resolver os problemas de imediato, mas o fato de fazer refletir sobre os problemas, já é uma grande conquista da sociedade civil.

Colaboradores

Alunos do Mestrado em Gestão Integrada do território da UNIVALE: Ana Lúcia Cristo Dias, Antônio Loures Sobrinho, Dângelo Salomão Augusto, Míria Núbia Simões Lourenço, Omar de Azevedo Ferreira. Colaboraram no processo de revisão crítica e discussão da versão final do artigo.

Referências

ANDI. **Agência de Notícias dos Direitos da Infância**. Disponível em: <http://www.ai.org.br>. Acesso em: 29 ago.2014.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa, Portugal: Edições 70,2009.

BARICHELLO, E. M. R. Apontamentos sobre as estratégias de comunicação mediadas por computador nas organizações contemporâneas. In: KUNSCH, M. M. K. **Comunicação organizacional: histórico, fundamentos e processos**. Vol.1. São Paulo: Saraiva, 2009.

BRASIL. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/>. Acesso em: 1maio. 2014.

_____. Disponível em: <https://www.facebook.com/minsaude/>. Acesso em: 1 out.2014.

CASTELLS, M. **A sociedade em rede**. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

_____. **Redes de Indignação e Esperança: Movimentos sociais na era da internet**. Rio de Janeiro: Zahar, 2013.

CORRÊA, C.H.W. **Comunidades Virtuais Gerando Identidades na Sociedade em Rede**. Ciberlegenda (UFF), Rio de Janeiro/RJ, Brasil, 13, pp.1-17, 2004.

FOUCAULT, M. **A ordem do Discurso**. São Paulo: Edições Loyola, 2009.

FRANCHINI, F. B. **O ensino de Geografia como ciberespaço: do espaço real ao espaço virtual**. In: XVI Encontro Nacional dos

Geógrafos, 2010, Porto Alegre. Anais do XVI Encontro de Geógrafos Brasileiros, 2010.

GONDIM, Grácia Maria de Miranda. et al. **O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização.** In: BARCELLOS, C, et al (org.). Território, ambiente e saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, pp. 237-255, 2008.

HAESBAERT, R. **O mito da desterritorialização:** do “fim dos territórios” à multi-territorialidade. R. Janeiro: Bertrand, 2004.

_____. Des-caminhos e perspectivas do território. In RIBAS, A.D; SPOSITO, E.S. & SAQUET, M.A. (Orgs). **Território e desenvolvimento:** diferentes abordagens. Francisco Beltrão: UNIOESTE, pp.87-120, 2004.

_____. **Des-territorialização e identidade:** a rede ‘gaúcha’ no Nordeste: EdUFF,1997.

KRIPPENDORF, K. **Metodologia de análisis del contenido:** teoria y práctica. Barcelona: Paidós, 1993.

LEMONS, A & PALACIOS, M. **Janelas do ciberespaço:** comunicação e cibercultura. Porto Alegre: Editora Sulina, 2004.

LÉVY, P. **O que é o virtual?** São Paulo: Editora 34,1996.

_____. **A Inteligência Colectiva** - para uma antropologia do ciberespaço, trad. Lisboa: Instituto Piaget, 1997.

_____. **Cibercultura.** São Paulo: Ed.34,2000.

MANHÃES, E. Análise do Discurso. In DUARTE, J. & BARROS, A. (orgs). **Métodos e Técnicas de Pesquisa em Comunicação.** São Paulo: Atlas, pp.305-315,2005.

MARCOLINO, E.M.; LERNER, K.(2013). **Estudo sobre as configurações dos observatórios de mídia e observatórios de saúde no Brasil.** RECIIS - Ver. Eletr.de Com.Inf.Inov.Saúde. Rio de Janeiro, 6 (4) - Suplemento, Fev.2013[www.reciis.icict.fiocruz.br] e-ISSN 1981-6278. [Consultado 01-05- 2014].

OLIVEIRA, L. J. L. S. (2011). **A internet**: a geração de um novo espaço antropológico. Universidade de Aveiro. Portugal. Disponível em <http://bocc.ubi.pt/>. [Consultado em 10 -09- 2014].

OLIVEIRA, V.C. Desafios e contradições comunicacionais nos conselhos de saúde. In: **Coletânea de Comunicação e Informação em Saúde para o exercício do controle social**. Brasília, pp. 29-43, 2006.

PERUZO, C.M.K. Comunidades em Tempo de Redes. In: IV ENDICOM-EMPECOM- **Encuentro de Docentes y Investigadores de la Comunicación del Mercosur**. Montevideo. CD-Rom de Ponencias, ENDICON 2001. Montevideo: Asociación Latinoamericana de Investigadores de la Comunicación, 2001, p.1-14.

RAMONET, I. Fiscalización ciudadana a los médios de comunicación: el quinto poder. In: **Le Monde Diplomatique**, Paris. Disponível em: <http://www.geocities.com/lospobresdelatierra2/altermedia/ramonet15100>. Acesso em: 15 fev. 2011.

ROCHA, C. Brasil vira potência das Redes Sociais. In: **Jornal O Estado de S.Paulo**. Disponível em: <http://www.estadao.com.br/noticias/impreso,em-2013-brasil-vira-potencia-das-redes-socia>. Acesso em: 1 maio.2014.

RAFFESTIN, C. **Por uma outra geografia do poder**. (Trad. de Maria Cecília França). São Paulo: Ática, 1993.

SILVA, Lúcia Oliveira. **A internet** – a geração de um novo espaço antropológico In: LEMOS, André; PALACIOS, Marcos. **Janelas do ciberespaço: comunicação e cibercultura**. Porto Alegre: Editora Sulina, 2004.

SOUZA, Queila R. & QUANDT, Carlos O. **Metodologia de Análise de Redes Sociais**. In: F. Duarte; C. Quandt; Q. Souza. (Org.). **O Tempo das Redes**. São Paulo: Perspectiva, p. 31-63, 2008.

VIEIRA, C. G. **Ciberespaço, arte e multiterritorialidade**. *Artefactum* (Rio de Janeiro), 5, pp. 98-112, 2010.

Capítulo 4

COMUNICAÇÃO PARA A SAÚDE: A PRESCRIÇÃO DEVE IR ALÉM DA COMPETÊNCIA TÉCNICA

Wilson da Costa Bueno

O modelo mecanicista e a promoção da saúde

A vida moderna, com seu ritmo alucinante e gradativa adesão a posturas e costumes inadequados para a saúde, tem imposto aos cidadãos de todo o mundo inúmeras ameaças. À fome, que ainda grassa nos países subdesenvolvidos, mas também junto a segmentos menos favorecidos dos países hegemônicos, de que resultam milhões de vítimas, em particular as crianças, se somam o estresse, a depressão, o tabagismo, o consumo de drogas lícitas ou ilícitas, a obesidade, a exposição absurda aos agrotóxicos e à poluição em todas as suas modalidades (do ar, da água, do solo etc). Epidemias modernas, como a gripe suína, o ebola, a dengue e muitas outras se globalizam a uma velocidade impressionante, deixando atônitos governos e autoridades, incapazes de frear o processo de contaminação favorecido pela mobilidade das pessoas e pela ausência de um sistema eficaz de prevenção e diagnóstico de doenças.

Buscando reverter esse cenário desfavorável, privilegiam-se formas de tratamento apoiados majoritariamente na ingestão abusiva de medicamentos, a maioria dos quais de eficácia duvidosa, alimentando uma indústria gananciosa que não hesita em atentar contra a saúde e a qualidade de vida para aumentar seus lucros estratosféricos.

Comunicação, Saúde e Pluralidade: novos olhares e abordagens em pauta

Prevalece, portanto, um modelo positivista que contempla, recorrentemente, uma causa orgânica objetiva como responsável por todas as doenças e que proclama, sem espírito crítico, as vantagens duvidosas da medicalização, da tecnificação do processo de tratamento e cura (instrumentos de diagnóstico e remédios), inacessível, pelos seus altos custos, à maioria da população, e da hiperespecialização, que ignora a relação das partes com o todo e que provê soluções simples e parciais para problemas complexos.

Como acentua Bueno (2007, p.232):

A experiência tem recorrentemente demonstrado que há uma relação estreita entre o ecossistema (social, cultural, psicológico) em que se insere o paciente e o surgimento de determinadas patologias, sugerindo que o profissional de saúde olhe além do doente, se quiser, efetivamente, contribuir para a sua cura. A postura tradicional acarreta a não consideração de fatores ou aspectos que têm estado à margem da ação médica, preocupada em identificar sintomas físicos ou alterações que possam caracterizar as doenças. Muitas vezes, os profissionais de saúde, imersos neste método anatomoclínico, relegam a equipamentos e exames laboratoriais o poder de decisão, bem como entregam aos medicamentos a possibilidade de cura.

A medicina tradicional, que viabiliza esse modelo positivista, tem se respaldado em pressupostos exclusivamente biológicos, excluindo, em suas teorias e práticas, fatores socioculturais, reafirmando uma obsessão cientificista que obsta o diálogo com outros saberes e que, em função disso, promove a separação entre médico e paciente, desumanizando uma relação que deveria ser de parceria. Na prática, os profissionais da saúde chamam para si toda a responsabilidade pela cura dos pacientes, assumindo, de forma arrogante e autoritária, uma postura e um discurso que ignoram a complexidade da interação entre o ser humano e o ambiente.

Comunicação, Saúde e Pluralidade: novos olhares e abordagens em pauta

Este modelo tem incentivado o processo de mercantilização da saúde e, conseqüentemente, a privatização da medicina, abrindo espaço para a entrada de grupos privados que se apropriaram da relação médico x paciente, colocando de maneira escandalosa os interesses do capital acima do interesse público, penalizando os cidadãos. Ele permitiu a criação de um verdadeiro império, com vários tentáculos, dentre os quais se destacam as farmacêuticas, os planos de saúde privados, os laboratórios de análises clínicas, os hospitais, com a cumplicidade de associações científicas e profissionais e de parcela relevante da classe médica. Esclarece Bueno (2007, p.233):

A mercantilização da saúde, que tipifica o chamado capitalismo médico, vislumbra o corpo como um amontoado de órgãos, confundindo o ser humano com uma máquina. Curar neste modelo significa identificar as peças defeituosas e substituí-las por novas, restando ao profissional de saúde a tarefa de administrar, o que nem sempre ocorre com competência, um sistema de informações e conhecimentos que se reduz a um mero processo de reposição.

Fernando Lefèvre (1999) critica essa visão mecanicista que entende o corpo como uma máquina, convicto de que ela traz como consequência inúmeros problemas para o homem moderno, como a dependência da ciência/tecnologia que, segundo ele, o faz “sentir-se cada vez mais ignorante e impotente em relação a seu próprio corpo (...) induz o indivíduo à automedicação, ou, mais genericamente, à apropriação indébita de instrumentos e processos técnicos, dos quais faz uso leigo, numa tentativa desesperada e irracional de recuperar o controle e a gerência do funcionamento cotidiano de seu corpo.” (p.177). Ao desprezar as indiscutíveis influências do ambiente sobre as pessoas, a medicina tradicional acaba instaurando dois equívocos fundamentais: a) ignora as histórias de vida dos pacientes, concentrando-se em sintomas meramente físicos que permitem aos profissionais identificarem

possíveis doenças descritas em protocolos frios e b) defende o distanciamento entre os curadores (profissionais de saúde) e os enfermos, defendendo a tese de que o envolvimento compromete uma perspectiva científica, que não pode ficar refém de aspectos afetivos ou emocionais. Em suma, privilegia a doença em detrimento do doente e desvia o tratamento para uma alternativa única: a prescrição de medicamentos que, em muitos casos, tornam os pacientes dependentes da BigPharma.

O custo elevado dos remédios e a precarização do sistema de saúde no Brasil, ainda que se possa saudar novas iniciativas, como a da Farmácia Popular, acabam empurrando os pacientes para soluções não menos perigosas, como a adoção de práticas não comprovadas sugeridas por “gurus de plantão”, que são amplamente difundidas pelos meios de comunicação. A relação médico x paciente desumanizada deixa as pessoas fragilizadas à mercê de charlatães que lhes oferecem atenção, dispõem de tempo para ouvir suas histórias, mas, como os profissionais de saúde irresponsáveis, que fazem o jogo dos laboratórios, prescrevem também suas “pílulas mágicas” ou tratamentos não convencionais, quase sempre paliativos e pouco eficazes, quando não perigosos.

Por absoluta incompetência, essa visão mecanicista da medicina promove o surgimento e a consolidação de processos obscuros de diagnóstico e tratamento, que, como o modelo tradicional, apenas acentuam a escalada da mercantilização da saúde no Brasil. As terapias alternativas acabam se constituindo em um universo amplo, difuso, de soluções para questões de saúde e, embora muitas delas possam ser a princípio objeto de análise e, portanto, não merecerem descarte de imediato, a maioria se define como ilógica, absurda e lesiva à saúde dos cidadãos.

É sabido que, em determinadas culturas, as soluções propostas pela medicina tradicional convivem com outras “medicinas” e que elas parecem atender às demandas dos pacientes, particularmente porque explora um sistema simbólico intrinsecamente associado ao ato de curar.

De qualquer forma, esta perspectiva sincrética que ganha corpo, com o esvaziamento da medicina utilitarista, restaura a vertente mágica, plena de dimensões simbólicas, que, embora

Comunicação, Saúde e Pluralidade: novos olhares e abordagens em pauta

esteja presente no modelo tradicional (o que é, simbolicamente, o remédio senão uma poção mágica recomendada por alguém que têm o poder de curar?), agora emerge com força em parceria (ou mesmo em oposição) à vertente técnica.

Esta multiplicidade de sistemas de cura tem a ver com o reconhecimento de que o ato de curar está associado a fatores culturais, ou seja, a cultura fornece significados e mesmo legitimidade para determinados procedimentos associados à maneira de contemplar o corpo, as doenças e, especialmente, de resgatar a saúde. (BUENO, 2007, p. 235)

É fundamental instaurar um novo modelo, conhecido como o da promoção da saúde, que busca reverter esse quadro desfavorável e que, de forma contundente, liberta os cidadãos das amarras de um sistema que apenas favorece a indústria da saúde e que privilegia a doença em detrimento da saúde.

Segundo Bueno (2007, p.9-10),

A Promoção da Saúde representa uma nova perspectiva para contemplar a questão da saúde pública e, de imediato, renega a concepção de doença como fatalidade natural que deve ser enfrentada, prioritariamente, a partir de soluções técnico-científicas. Para os que defendem este novo olhar, é fundamental não perceber a saúde como ausência de doença, mas como resultado de um conjunto de fatores ou recursos que inclui a educação, as condições de moradia e de alimentação, a renda, o meio ambiente, a justiça social e inclusive a paz.

A Carta de Ottawa, documento produzido durante a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada no Canadá, em novembro de 1986, portanto há quase três décadas, assim a definia:

Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar

Comunicação, Saúde e Pluralidade: novos olhares e abordagens em pauta

físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global.

Como se pode depreender, a saúde, sob esta perspectiva, não se resume a um atributo que se viabiliza apenas por ações e esforços que se inserem no campo específico da saúde (hospitais, clínicas particulares, rede de assistência oficial, laboratórios etc), mas que está associado de forma abrangente a aspectos socioculturais, econômicos, políticos etc.

Fernando Lefrève e Ana Maria Cavalcanti Lefrève (2007), de maneira lúcida, explicam que há dois caminhos a seguir na busca da saúde. O primeiro deles, identificado com o sistema tradicional e hegemônico nos dias atuais, tem como objetivo atingir a saúde pelo uso intensivo da tecnologia, ou seja, “não se busca a razão ou causa dos problemas, na medida em que o que se quer é o atrelamento dos indivíduos à necessidade permanente de compra de bens e serviços gerados pela tecnologia, e a busca da causa dos problemas tiraria a própria razão de ser da sociedade de base tecnológica” (p.18). O segundo, mesmo admitindo a importância crescente da tecnologia, desloca o olhar da doença e da solução técnica, focando-se no doente e no seu entorno, portanto na sociedade, uma concepção que descarta a tese de que o corpo humano se constitui em uma máquina. Para eles, é fundamental enxergar a cura ou o enfrentamento da doença não como mera substituição de peças do corpo humano ou o seu conserto, pela intervenção da tecnologia, mas avançar além, indo “*além das causas-dos-efeitos, na direção das causas básicas do adoecer, significa, pois, usar a doença pedagogicamente porque, por meio dela, a sociedade pode mais facilmente revelar suas mazelas.*” (p.21). Esta nova perspectiva, segundo eles, promove uma verdadeira ruptura no processo tradicional de relacionamento entre

Comunicação, Saúde e Pluralidade: novos olhares e abordagens em pauta

médico e paciente. Os autores (2007) explicam essa mudança de forma magistral:

Desconstruir o atendimento “maquinal” no contexto de uma proposta contra-hegemônica implicaria, portanto, mais do que isso, considerar o paciente como uma verdadeira alteridade, como um sujeito de direito situado no mesmo plano horizontal do técnico, falando de ou sobre o mesmo corpo, mas de outro lugar, do lugar do cotidiano, do lugar do sujeito portador do corpo e da corporeidade, o que pode contribuir para gerar uma relação médico-paciente nova, com negociação de sentidos. (LEFRÉVE e LEFRÉVE, p.2)

Moacyr Scliar (2002) reforça essa concepção, insistindo na abrangência do conceito de promoção da saúde:

a biologia humana, que compreende a herança genética e os processos biológicos inerentes à vida, incluindo os fatores de envelhecimento;
o meio ambiente, que inclui o solo, a água, o ar, a morada, o local de trabalho;
o estilo de vida, do qual resultam decisões que afetam a saúde: fumar ou deixar de fumar, beber ou não, praticar ou não exercícios;
a organização da assistência à saúde. A assistência médica, os serviços ambulatoriais e hospitalares, os medicamentos, são as primeiras coisas em que muitas pessoas pensam quando se fala em saúde. No entanto, esse é apenas um componente do campo da saúde, e não necessariamente o mais importante; às vezes, é mais benéfico para a saúde ter água potável e alimentos saudáveis do que dispor de medicamentos... (SCLAIR, 2002, p.98)

Evidentemente, o conceito moderno da promoção da saúde, entendida em seu sentido mais abrangente, como advogam esses autores citados (LEFRÉVE, SCLIAR) e a própria Carta de Otawa, cria embaraços para os que elaboram e põem em prática políticas públicas que legitimam a ação nefasta da indústria da saúde porque cogitam apenas de soluções técnicas e não resgatam a complexidade da problemática da saúde e, em particular das curas das doenças e dos doentes.

Hipocritamente, vários interesses têm se conjugado para consolidar a saúde como mera mercadoria, contemplando-a sob a perspectiva desumanizada de uma economia de mercado, com protagonistas poderosos que apostam na doença como negócio e que se empenham, prioritária ou exclusivamente, para torná-lo altamente lucrativo.

O legado nefasto da BigPharma

O primado da competência técnica na área da saúde tem, recorrentemente, acarretado desvios éticos formidáveis envolvendo um conjunto amplo de laboratórios farmacêuticos e outros representantes da chamada indústria da saúde.

Marcia Angell, ex-editora-chefe do *New England Journal do Medicine* e professora do Departamento de Medicina Social da Harvard Medical School, considerada pela revista Time uma das vinte e cinco pessoas mais influentes dos Estados Unidos, detalha em seu livro *A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos* (2009) as estratégias ardilosas da BigPharma para ludibriar as autoridades e, sobretudo, os consumidores.

Neste artigo, estaremos nos valendo desta obra para indicar algumas destas estratégias, fartamente ilustradas por cases de afronta à ética, de desrespeito aos cidadãos e de irresponsabilidade empresarial. Infelizmente, em boa parte deles, a BigPharma contou com a cumplicidade de governantes e órgãos de regulação, bem como de representantes da classe médica, evidenciando a necessidade de vigilância constante e de coragem para encaminhar as denúncias e repúdio às posturas não éticas de um setor absurdamente poderoso.

Comunicação, Saúde e Pluralidade: novos olhares e abordagens em pauta

É possível agrupar as estratégias não éticas das farmacêuticas em duas grandes categorias: 1) gestão, produção, criação e comercialização de produtos; 2) marketing e educação para a saúde. Para cada uma dessas categorias, é possível enunciar um conjunto de subcategorias que nos auxiliam a entender a postura dos laboratórios e seu compromisso prioritário com o lucro.

Embora não seja, a priori, questionável o fato de que a criação de um medicamento representa um processo oneroso, é necessário observar se, na prática, as farmacêuticas andam efetivamente criando novos produtos e se eles podem ser considerados inovadores.

Estatísticas disponíveis nos EUA, levantadas por Marcia Angel, mostram que menos de 15% dos novos medicamentos lançados no mercado merecem a designação de inovadores e que a maioria deles não passa de cópias de produtos já existentes ou mesmo um mesmo produto batizado com um nome diferente. No fundo, esses medicamentos, como acentua a professora de Harvard, não passam de produtos de imitação, ou seja, nada acrescentam a outros que já existem no mercado e que cumprem o mesmo papel.

É fácil entender porque isso ocorre. Em primeiro lugar, não é mesmo fácil produzir medicamentos inovadores (embora as farmacêuticas tentem conferir a eles essa condição) e, portanto, produtos realmente revolucionários não aparecem a toda hora. Em segundo lugar, como os laboratórios são corporações globais, com um número formidável de investidores, cada vez mais ansiosos por dividendos, precisam, de qualquer maneira, expandir os seus negócios e promovem um verdadeiro “vale-tudo”, aproveitando brechas abertas por agências de regulação e por governantes omissos. Para tanto, se esforçam, e quase sempre são bem sucedidos, em ampliar os usos de um mesmo medicamento que passa então a ser prescrito para inúmeras “doenças”.

Como se sabe, quando uma agência de regulação (FDA, nos EUA, ou Anvisa, no Brasil) aprova um medicamento indica especificamente o uso para o qual ele foi aprovado e há duas alternativas para burlar essa situação: a) convencer a agência, ao longo do tempo, que o mesmo medicamento funciona para outros usos e assim aumentar a base de potenciais consumidores ou b) dar

um dribble na legislação de uma forma bastante conhecida. As farmacêuticas não podem divulgar, em campanhas publicitárias ou mesmo nas bulas, sob pena de cometer uma ilegalidade, que determinado medicamento pode ser utilizado para um uso não aprovado, mas pode (e elas fazem isso) influenciar os médicos convencendo-os (brindes, viagens e outras vantagens facilitam esse processo de influência!) destas novas possibilidades deixando sob a sua responsabilidade a prescrição dos medicamentos para os seus pacientes, o que acontece com frequência. Geralmente, a legislação prevê controle sobre a propaganda que está sob a responsabilidade dos laboratórios e suas agências de publicidade, mas não é suficientemente clara ou precisa para impedir que terceiros (no caso, os médicos) a burluem.

Os medicamentos de imitação em nada acrescentam às alternativas já disponíveis no mercado e muitos deles são mesmo inferiores aos já lançados, mas, respaldadas em um enorme investimento em propaganda e relacionamentos muitas vezes espúrios com profissionais da saúde, as farmacêuticas conseguem convencer os médicos a privilegiá-los em suas prescrições e os pacientes a consumi-los.

A aprovação destes medicamentos, “vendidos” como inovadores, é facilitada porque a legislação, nos EUA e em boa parte do mundo, inclusive no Brasil, aceita como prova desta sua falsa condição resultados de pesquisas, a maioria delas de baixa qualidade, que atestam que eles são melhores do que outras drogas que não servem para coisa alguma, ou seja, placebos.

Em terceiro lugar, os laboratórios também promovem batalhas encarniçadas, recorrendo a processos escusos, como pagamento de propina, suborno, lobbies ilegítimos e outros, para prorrogar as patentes de medicamentos. Muitas vezes, quando isso não se mostra possível, optam por criar artifícios (enganar os órgãos de controle, o que tem sido cada vez mais fácil, porque eles não têm estrutura para avaliar se os remédios são ou não iguais aos que já existem) relançando, com grande pompa, os mesmos produtos com outros nomes.

A Eli Lilly, quando o Prozac, um antidepressivo que chegou a representar um quarto do seu faturamento – mais de 2,5 bilhões

de dólares ao ano, perdeu sua patente protegida em 2001, logo se empenhou em substituí-lo por outro medicamento chamado Sarafen para continuar lucrando alto. O Sarafen, na verdade, é o mesmo Prozac, mas a Eli Lilly convenceu (os laboratórios sempre conseguem isso) a FDA que se tratava de um novo remédio, agora também competente para o tratamento de sintomas pré-menstruais severos. O velho Prozac virou um genérico (fluoxetina) e se tornou muito mais barato do que os remédios lançados para o mesmo fim por concorrentes da Eli Lilly, como o Paxil, da GlaxoSmithKline, e o Zoloft, da Pfizer.

Finalmente, os laboratórios têm se tornado cada vez mais agressivos e, em vez de criarem novos medicamentos, passaram a inventar novas doenças e a influenciar a mudança dos marcadores ou limites que indicam a provável ocorrência de um distúrbio de saúde.

A azia ganhou uma nova designação e novo status, agora se chama “doença do refluxo ácido”, passando a ser considerada como de alto risco, e, para combater-la foram criados medicamentos de grande consumo, como o Prisolec, o Nexium e o Prevacid, dentre outros. Da mesma forma, surgiu a “disfunção erétil”, que fez explodir no mercado a venda de três novos medicamentos: o Viagra, o Levitra e o Cialis, que tiveram grandes esportistas em suas campanhas de lançamento e de consolidação, como Pelé, o rei do futebol, no Brasil, que proclamou com alarde as vantagens do Viagra. O “transtorno da ansiedade social” apareceu, criado pela GlaxoSmithKline, como um novo transtorno psiquiátrico e projetou o Paxil, um medicamento de grande consumo, e que, posteriormente, foi aprovado para uma nova doença, “o transtorno da ansiedade generalizada”.

Para expandir as vendas de seus produtos, buscaram também influenciar decisivamente a definição de algumas doenças, como a hipertensão e o colesterol ruim. A pressão era considerada alta quando superior a 140 por 90, mas especialistas, comprometidos com as farmacêuticas, resolveram baixar esse limite para o intervalo entre 120 por 80 e 140 por 90, criando o que se costuma chamar de pré-hipertensão. O colesterol ruim era aquele que estava acima de 280 miligramas por decilitro, mas foi reduzido

Comunicação, Saúde e Pluralidade: novos olhares e abordagens em pauta

para 240 e o esforço tem sido no sentido de baixá-lo cada vez mais, chegando a menos de 200. Com essas novas definições, milhões de cidadãos passaram a ser considerados como não saudáveis e, é óbvio, para eles tem sido indicado medicamentos para que a situação ideal seja restaurada.

Como explica, Marcia Angell, os médicos, nesses casos, poderiam prescrever uma dieta alimentar adequada ou a prática regular de atividades físicas, mas optam, influenciados ou recompensados pelos laboratórios, por prescrever medicamentos que existem exatamente para “reduzir os limites”. Na verdade – e a professora de Harvard reconhece esse fato – os pacientes estimulados pela mídia, com reportagens generosas sobre esses medicamentos milagrosos, e convencidos de que tomar remédio pode ser mais fácil do que assumir uma rotina saudável, exigem que os médicos os prescrevam e eles apenas atendem a essa nova e lucrativa demanda.

A segunda categoria – marketing e educação para a saúde – merece também algumas considerações, exatamente porque elas dizem respeito especificamente ao campo de atuação de boa parte dos comunicadores, sejam os atuantes nos meios de comunicação, sejam os que prestam serviços às empresas que integram a indústria da saúde.

Marcia Angell é contundente e incisiva quando se refere às ações de marketing e de educação para a saúde desenvolvidas pelas farmacêuticas, reconhecendo nelas estratégias não éticas e danosas para a saúde pública.

Algumas dessas estratégias têm sido largamente identificadas, como o pagamento a celebridades (esportistas, artistas etc) para alardear as vantagens de determinados medicamentos, a propaganda direta ao consumidor, ainda que proibida para a maioria dos casos pelas legislações em vigor, e sobretudo práticas de relacionamento com os médicos, que incluem propinas, presentes, pagamentos de viagens e de inscrições em congressos e polpudas remunerações para aqueles que, por seu prestígio e liderança, podem influenciar o comportamento dos seus pares. Estas práticas nada têm de promocionais e funcionam

mesmo como formas inaceitáveis de aumentar a prescrição e a venda de medicamentos.

Muitas dessas práticas acabaram sendo desmascaradas gerando cases emblemáticos da postura irresponsável de determinadas farmacêuticas. É o caso do Lupron, relatado em detalhes por Marcia Angel (2009, p.146-8), um tratamento hormonal para o câncer de próstata, cuja venda foi alavancada por um processo de concessão de propinas aos médicos e que consistia, basicamente, em lesar o sistema público de saúde norte-americano, o Medicare. A TAP Pharmaceuticals, que vendia o Lupron, acabou sendo descoberta ao tentar subornar um diretor médico de uma gigantesca administradora de serviços de saúde de um estado americano (Massachusetts) para que ele mantivesse o uso do remédio em troca de uma doação de dezenas de milhares de dólares. A integridade do gestor, que não apenas não concordou com a proposta, mas a denunciou, somada à disposição de um representante do laboratório que também confirmou o ato ilícito, fizeram com que o laboratório acabasse confessando a sua culpa e fizesse um acordo com as autoridades, pagando uma indenização de 875 milhões de dólares pela fraude.

Pode-se destacar ainda a enxurrada de pretensas reportagens veiculadas pelo programa 60 Minutes, da CBS, emissora de TV americana, que na verdade não passavam de propagandas financiadas por farmacêuticas e, no caso brasileiro, os espaços relevantes da programação da televisão dedicados à divulgação de medicamentos. A ANVISA, que monitora os anúncios de remédios, reconhece que há um número infundável de infrações à legislação vigente (há remédios que não podem ser divulgados diretamente ao consumidor e há anúncios que proclamam usos não aprovados de determinados medicamentos), mas pouco consegue, além de multas muitas vezes pouco expressivas, no sentido de acabar com tais práticas. Circula nos meios publicitários a história de que os laboratórios farmacêuticos sabedores das multas que irão receber por campanhas contrárias à legislação, já as incluem no orçamento. Muitas vezes, mesmo quando há uma decisão para sustar as campanhas em andamento, a decisão de retirá-la do ar (cabem sempre recursos) acaba sendo aplicada quando elas efetivamente já

Comunicação, Saúde e Pluralidade: novos olhares e abordagens em pauta

foram concluídas e, portanto, o seu efeito nefasto junto aos consumidores (incentivo à automedicação e pouca transparência com respeito aos prejuízos à saúde por uso inadequado) já foi concretizado.

A BigPharma costuma também proclamar a sua enorme contribuição para o processo de informação junto aos médicos e pacientes, designada muitas vezes como educação para a saúde. Mas na prática esta modalidade de educação nunca se efetiva realmente ou tem um vício incontornável: é mais uma estratégia de marketing com o objetivo de ludibriar autoridades, legislação, profissionais de saúde íntegros (mas ingênuos) e pacientes que ainda acreditam no discurso da responsabilidade social produzido pelas farmacêuticas.

É verdade que os laboratórios gastam uma verba polpuda (estimada em bilhões de dólares em todo o mundo) em ações focadas na informação para médicos e pacientes, como as que são realizadas para subsidiar publicações e eventos científicos, campanhas educativas e veiculação de vídeos ou filmes sobre doenças (diagnóstico e cura). O que, no entanto, as empresas do setor e seus dirigentes não dizem é que, no fundo, se trata de um bem sucedido e lucrativo programa de marketing que visa fidelizar médicos para que prescrevam seus medicamentos e para convencer pacientes e autoridades de que os seus produtos funcionam e, sobretudo, que são melhores do que os apresentados pelos seus concorrentes.

Como a maioria dos laboratórios está envolvido nessa escalada em prol da “educação” para a saúde, a conclusão é óbvia: tem mais sucesso (quer dizer, vendem mais medicamentos e, portanto, têm maiores receitas aqueles que empreendem um processo de “educação” mais amplo e mais eficaz).

Laboratórios não apenas produzem peças institucionais ou publicitárias para alavancar a sua marca, com a justificativa de que se trata de um programa de educação para a saúde, mas se valem de artifícios não éticos, como não revelar que médicos de prestígio (tem até prêmio Nobel envolvido nessa trama) são por eles financiados para divulgar produtos em congressos especializados e mais ainda: alguns pesquisadores da área médica, com fama e sem

Comunicação, Saúde e Pluralidade: novos olhares e abordagens em pauta

caráter algum, ganham remuneração polpuda para assinar artigos, feitos sob encomenda de laboratórios, e encaminhados para revistas médicas. Em muitos casos, “pesquisadores” que aceitaram esta proposta (de emprestar o seu nome) acabaram confessando a jornalistas e outros pesquisadores que nem leram os artigos em que aparecem como autores.

Marcia Angell é contundente e escancara a relação entre médicos e laboratórios, acusando ambas as partes de absoluta infração à ética:

Os laboratórios farmacêuticos dedicam uma atenção especial a bajular os ditos ‘pensadores de vanguarda’. São eles especialistas proeminentes, geralmente membros do corpo docente de escolas de medicina ou dos quadros de hospitais-escola, que escrevem trabalhos, contribuem para livros técnicos e dão palestras em congressos médicos – que, na sua totalidade, têm enorme impacto sobre o uso dos medicamentos em seus campos. A influência dos pensadores de vanguarda vai muito além de seus pares. Os laboratórios farmacêuticos seduzem esses médicos com favores especiais, oferecem honorários como consultores e palestrantes, e frequentemente pagam a eles para comparecer a conferências em resorts luxuosos, supostamente buscando seus conselhos. Em muitas especialidades que exigem uso intensivo de medicamentos, é praticamente impossível encontrar um especialista que não esteja recebendo pagamento de um ou mais laboratórios farmacêuticos. (ANGELL, 2009, p.159)

A professora de Harvard revela que esteve presente em um congresso médico em que o tema geral era osteoporose e que, rapidamente, embora não soubesse antecipadamente, conseguiu descobrir quais os medicamentos eram produzidos pelo patrocinador do evento. O orador principal do evento, um

Comunicação, Saúde e Pluralidade: novos olhares e abordagens em pauta

endocrinologista renomado, contou a ela que o laboratório havia doado 10 mil dólares para o seu departamento e também pago os seus honorários e despesas. Muito gentilmente, havia inclusive criado a apresentação de slides que utilizara em sua palestra, evidentemente sempre colocando em destaque o medicamento que ele fabrica. Educação médica, educação para a saúde? Ora, tudo marketing e dos piores porque afronta a transparência e busca driblar a vigilância da audiência.

A cumplicidade entre médicos e laboratórios (que felizmente não se estende a todos os profissionais de saúde) precisa ser escancarada para que os comunicadores, jornalistas e divulgadores científicos possam alertar as autoridades e especialmente os pacientes (mas também médicos de boa fé que acreditam em colegas não éticos) sobre as estratégias condenáveis frequentemente adotadas pelos representantes da Big Pharma. As farmacêuticas sonégam os resultados de pesquisas que são negativos para os seus medicamentos e chegam a privilegiar em sua divulgação aspectos secundários de um remédio apenas para proclamá-la eficaz ou melhor do que o produzido por seus concorrentes.

Marcia Angell (2008), em artigo com o título sugestivo de *Companhias farmacêuticas & médicos: uma história de corrupção*, dá o seguinte depoimento sobre a postura de um grande laboratório – GlaxoSmithKline – em relação a um seu medicamento de prestígio – o antidepressivo Paxil:

(...) a gigante britânica GlaxoSmithKline enterrou provas de que seu antidepressivo Paxil era ineficaz e mesmo prejudicial a crianças e adolescentes. Bass, ex-repórter do Boston Globe, descreve o envolvimento de três pessoas, um cético psiquiatra acadêmico, um moralmente indignado administrador-assistente do departamento de psiquiatria da Brown University (cujo chefe recebeu em 1998 mais de US\$ 500 mil como consultor de empresas farmacêuticas, incluindo a GlaxoSmithKline) e um incansável assistente de promotor de Nova

Comunicação, Saúde e Pluralidade: novos olhares e abordagens em pauta

York. Eles partiram para cima da GlaxoSmithKline e no fim venceram, contra todas as probabilidades: em 2004, a corporação admitiu fraude e aceitou pagar US\$ 2,5 milhões de indenização (fração mínima dos mais de US\$ 2,7 bilhões das vendas iniciais do Paxil). Também comprometeu-se a liberar resumos de todos os ensaios clínicos concluídos após 27 de dezembro de 2000. De maior importância foi ter chamado a atenção para a deliberada e sistemática prática de se suprimirem resultados desfavoráveis da investigação, o que nunca teria sido revelado sem o processo legal. Um dos documentos internos da GlaxoSmithKline revelados no processo dizia: "Seria inaceitável comercialmente incluir declaração de que a eficácia não fora demonstrada, uma vez que isso poderia prejudicar o perfil da paroxetina [Paxil]".

As farmacêuticas, como acentua Marcia Angell, não têm e nunca tiveram vocação para a filantropia e seria ingenuidade imaginá-las desta forma; portanto, é indispensável que a sociedade esteja vigilante para perceber suas estratégias de manipulação, identificar sua rede de relacionamentos espúrios e para cobrar de autoridades (médicos, pesquisadores, associações acadêmico-científicas etc) e governantes que exerçam de forma legítima o seu papel, coibindo desvios e abusos éticos em nome de um capitalismo selvagem.

Considerações finais

A comunicação para a saúde deve estar comprometida com o modelo da promoção da saúde que se coloca em oposição a uma proposta positivista que privilegia a medicalização, a tecnificação da saúde e que desconsidera os fatores ambientais, socioculturais, fundando-se no pressuposto inaceitável de que o corpo humano se constitui em uma máquina.

Comunicação, Saúde e Pluralidade: novos olhares e abordagens em pauta

Além disso, precisa estar atenta para a ação nefasta do lobby da saúde, sob a responsabilidade de corporações, nacionais ou internacionais, que se voltam antes e prioritariamente para o lucro de seus proprietários, diretores e dos investidores que os financiam. Ações abrangentes, não éticas e nocivas para a sociedade e os cidadãos em particular, têm sido empreendidas com o objetivo de ludibriar os governos, as autoridades, os pacientes e a opinião pública de maneira geral e precisam ser acompanhadas, tornadas públicas e coibidas em nome do interesse público.

A comunicação para a saúde exige daqueles que a praticam discernimento, compromisso e coragem porque interesses poderosos, de âmbito transnacional, têm estado articulados no sentido de garantir o monopólio de grupos empresariais (farmacêuticas, planos de saúde, complexos hospitalares privados, fabricantes de equipamentos, prestadores de serviços etc) que consideram a saúde como mercadoria e a encerram em uma desumana economia de mercado penalizando, dramaticamente, os cidadãos, notadamente os menos favorecidos.

A comunicação para a saúde exige uma parceria recompensadora com profissionais da saúde íntegros, que não se colocam como cúmplices ou reféns de estratégias não éticas, com pesquisadores que praticam a investigação científica séria e que não dissimulam resultados para obter vantagens para empresas e para eles próprios, e com veículos de imprensa, jornalistas e comunicadores que estão comprometidos com a qualidade da informação em saúde.

Referências

ADAM, Philippe & HERZLICH, Claudine. **Sociologia da doença e da Medicina**. Bauru: Edusc, 2001.

ALVES, Paulo César & MINAYO, Maria Cecília de Souza (org). **Saúde e doença: um olhar antropológico**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.

ANGELL, Marcia. **A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos: como somos enganados e o que podemos fazer a respeito**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Record, 2009.

ANGELL, Marcia. **Companhias farmacêuticas & médicos: uma história de corrupção**. Disponível em: http://www4.ensp.fiocruz.br/radis/79/pdf/web-04_artigo-marcia-angell.pdf. Acesso em 10/11/2014. (SERIA 2008?)

AROUCA, Sérgio. **O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva**. São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

BELTRÁN, Luís Ramiro. Promoción de la salud: uma estratégia revolucionaria cifrada em la comunicación. **Comunicação & Sociedade**. São Bernardo do Campo: UMESP, vol.22, nº 35, p.139-158, 2001.

BUENO, Wilson da Costa. Comunicação e promoção da saúde no Brasil. In: BAGRICHEVSKY, Marcos; ESTEVÃO, Adriana; PALMA, Alexandre. **A saúde em debate na Educação Física**. Ilhéus/BA: Editora da UESC, 2007, p.231-52.

BUENO, Wilson da Costa. A “empurroterapia” na imprensa: esta doença tem cura. In: MARQUES DE MELO e outros. **Anais da VI Conferência Brasileira de Comunicação e Saúde: Mídia, Mediação, Medicalização** (2004:Salvador/BA). Brasília, ANVISA, 2005.

BUENO, Wilson da Costa. A cobertura da saúde na mídia brasileira: os sintomas de uma doença anunciada. In: MARQUES DE MELO, José e outros. **Mídia e saúde**. Adamantina/SP: UNESCO/UMESP/FAI, 2001.

CZERESNIA, Dina & FREITAS, Carlos Machado de (org). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

FREYRE, Gilberto. **Sociologia da Medicina**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2004.

HELMAN, Cecil G. **Cultura, saúde & doença**. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

LEFÈVRE, Fernando; LEFÈVRE, Ana Maria Cavalcanti. Saúde como negação da negação: uma perspectiva dialética. **Physis: Revista Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 17 (1):15-28, p. 27. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a02.pdf>. Acesso em 05/10/2014.

LEFÈVRE, Fernando; LEFÈVRE, Ana Maria Cavalcanti. **Promoção da saúde: a negação da negação**. Rio de Janeiro: Vieira e Lent, 2004.

LEFÈVRE, Fernando. **Mitologia sanitária: saúde, doença, mídia e linguagem**. São Paulo: EDUSP, 1999.

LEFÈVRE, Fernando. **O medicamento como mercadoria simbólica**. São Paulo: Cortez Editora, 1991.

LOPES, Boanerges & NASCIMENTO, Josias. **Saúde & Imprensa: o público que se dane!** Rio de Janeiro: Mauad, 1996.

LUZ, Madel T. **Novos saberes e práticas em saúde coletiva. Estudo sobre racionalidades médicas e atividades corporais**. São Paulo: Hucitec, 2003.

MARQUES DE MELO, José e outros. **Mídia e Saúde**. Adamantina/SP: UNESCO/UMESP/FAI, 2001.

MARTINS, Paulo Henrique. **Contra a desumanização da Medicina**. Crítica sociológica das práticas médicas modernas. Petrópolis: Vozes, 2003.

MINAYO, Maria Cecília de Souza & COIMBRA Jr., Carlos E.A. (org). **Críticas atuantes: Ciências Sociais e Humanas em Saúde na América Latina**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Promoção da saúde**. Disponível em:

http://www.conasems.org.br/Doc_diversos/vigilancia/Anexo1_PNP_S_AGENDA.pdf. Acesso em 20 de julho de 2006.

NASCIMENTO, Álvaro. **“Ao persistirem os sintomas, o médico deverá ser consultado”**: isto é regulação? São Paulo: Sobravime, 2005.

PITTA, Áurea da Rocha (org). **Saúde & Comunicação**: visibilidades e silêncios. São Paulo: Hucitec, 1995.

ROMERO, Mariza. **Medicalização da saúde e exclusão social**. Bauru: Edusc, 2002.

SCLIAR, Moacyr. **Do mágico ao social**: trajetória da saúde pública. São Paulo, Editora SENAC, 2002.

TEMPORÃO, José Gomes. **A propaganda de medicamentos e o mito da saúde**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1986.

VILELA, Elaine Morelato & MENDES, Iranilde José Messias. **Entre Newton e Einstein**: desmedicalizando o conceito de saúde. Ribeirão Preto/SP: Holos Editora, 2000.

Capítulo 5

DIALOGISMO E VOZES

DISCURSIVAS NA COBERTURA

Natália Raposo da Fonsêca

DE SAÚDE: LEITURAS DO BOM

Isaltina Maria de Azevedo

DIA PERNAMBUCO

Mello Gomes

Introdução

A ideia acerca do que é “doença” é algo socialmente construído, não se reduzindo, portanto, à dimensão biológica, ainda que esta seja componente essencial da patologia. Dessa forma, as concepções de saúde e doença se modificam no tempo e no espaço, sendo constituídas, em parte, por diferentes atores e instâncias sociais, como é o caso da mídia. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde como um completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas como a ausência de enfermidade. Ademais, na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde¹, estabeleceu-se que a saúde “é construída e vivida pelas pessoas dentro daquilo que fazem no seu dia a dia: onde elas aprendem, trabalham, divertem-se e amam. [...] é construída pelo cuidado de cada um consigo mesmo e com os outros [...]” (BRASIL, 2002, p.25). Entretanto, a cobertura que a mídia empreende dos temas ligados à saúde, quase sempre, esbarra no maniqueísmo do bem contra o mal (BUENO, 1996).

A problemática enfrentada pelas coberturas de saúde, além disso, passa pelo caráter mercadológico da notícia, pelo condicionamento da mídia à intenção da fonte, pela interferência do capital no processo de produção da ciência, entre outros fatores (KUCINSKI, 2002; BUENO, 2001). Assim, é possível perceber

¹ Conferência realizada em Ottawa (Canadá), em 1986, na qual foi apresentado o documento conhecido como Carta de Ottawa.

que o jornalismo não apenas transmite informações sobre patologias e qualidade de vida, mas contribui para construir significados sobre a doença, reflete e refrata a realidade, da mesma forma que o signo, que “não existe apenas como parte de uma realidade; ele também reflete e refrata uma outra. Ele pode distorcer essa realidade, ser-lhe fiel, ou apreendê-la de um ponto de vista específico, etc.” (BAKHTIN, 2006, p.30).

Dessa forma, como um objeto construído, a doença também aparece envolta em discursos, também é construída pela palavra, que, por sua vez, dialoga com outras palavras, numa arena na qual se confrontam valores sociais. É, pois, “a comunicação verbal inseparável de outras formas de comunicação” (BRAIT, 2005, p.94).

Neste artigo, nos propomos a compreender as relações dialógicas presentes na cobertura de saúde do telejornal Bom Dia Pernambuco, exibido de segunda à sexta-feira na Rede Globo Nordeste. À luz do conceito bakhtiniano do dialogismo, propomos pensar no diálogo – nem sempre simétrico e harmonioso - entre as vozes discursivas que contribuem na (e para a) construção de sentidos acerca da saúde e da doença na cobertura de saúde do matinal. Para tal, selecionamos oito edições do noticiário, exibidas durante o mês de outubro de 2013, e empreendemos leituras do quadro “Saúde” cujos temas foram, naquelas edições: gagueira; câncer de colo do útero; dor na coluna; psoríase; reumatismo; transplante de medula óssea; febre reumática e alimentação. O objetivo deste trabalho, longe de promover uma exaustiva análise do discurso das matérias e reportagens sobre saúde, é refletir sobre as vozes discursivas que o telejornal põe em diálogo, as quais ajudam a construir os significados da doença a partir dessas relações dialógicas.

Dialogismo: a linguagem em funcionamento

O conceito de dialogismo é central na obra de Bakhtin, entendendo-se que o discurso é atravessado por outros discursos, dialoga com o discurso de outrem. Ou seja, todo discurso pressupõe o outro. “A relação dialógica é uma relação (de sentido) que se

estabelece entre enunciados na comunicação verbal. Dois enunciados quaisquer, se justapostos no plano do sentido (não como objeto ou exemplo linguístico), entabularão uma relação dialógica” (BAKHTIN, 2003, p.345).

Os enunciados, no processo de comunicação, são dialógicos, independentemente do tamanho que tenham. "Fome, frio!" - como enunciado de um único sujeito falante; ou "Fome!", "Frio!" - como enunciados de dois sujeitos estabelecem uma relação dialógica, ainda que sejam apenas duas palavras (BAKHTIN, 2003, p.346). O diálogo face a face é uma forma de interação verbal, e embora seja a mais importante, Bakhtin (2006) ressalta a necessidade de se compreender a palavra “diálogo” de um modo mais amplo. Existe, pois, uma “dialogização interna da palavra”, o que implica dizer que a palavra abriga em si a propriedade de ser dialógica.

O Círculo de Bakhtin² deu um papel central à linguagem porque via a importância da linguagem na sua função de intermediar o acesso dos indivíduos à realidade, ou seja, não temos acesso à realidade de outra forma senão através da linguagem. “Não há nenhum objeto que não apareça cercado, envolto, embebido em discursos. [...] Por conseguinte, toda palavra dialoga com outras palavras, constitui-se a partir de outras palavras, está rodeada de outras palavras” (FIORIN, 2008, p.19). Nesse contexto, Bakhtin (2006) aponta como um problema o fato de a linguística perceber os fenômenos da língua apenas pela ótica da fonética e da morfologia, enxergando os problemas de sintaxe também como morfológicos. Ele, contudo, não desconsidera a morfologia e a fonologia, mas argumenta que “os problemas de sintaxe são da maior importância para a compreensão da língua e de sua evolução, considerando-se que, de todas as formas da língua, as formas sintáticas são as que mais se aproximam das formas concretas da enunciação, dos *atos de fala*” (BAKHTIN, 2006, p.142, grifo do autor).

A crítica de Bakhtin é dirigida a uma visão estreita da linguística. Segundo ele, o linguista se sente mais confortável

² Pequeno círculo de intelectuais e artistas dos quais faziam parte, entre outros, Bakhtin, Volochínov e Medviédiev.

quando opera com unidades frasais e categorias linguísticas, e assim desconsidera o contexto social, histórico, cultural e político do discurso, além das questões ideológicas que perpassam a palavra – fenômeno, essencialmente, ideológico e intersubjetivo. Tais categorias, entretanto, não têm sentido se analisadas fora de uma situação de enunciação, como no exemplo que Bakhtin (2006, p.142) cita da categoria sintática “oração”: “a categoria oração é meramente uma definição da oração como uma unidade dentro de uma enunciação, mas de nenhuma maneira como entidade global”.

Essa ideia de Bakhtin fica mais clara se pensarmos nas frases “Pedro está doente” e “Creio que Pedro está doente”, utilizadas por Verón (2004) para explicar o conceito de enunciação. O autor diz que a enunciação não deve ser separada do par enunciado/enunciação do qual faz parte, e, comparando as duas frases, ele diz que podemos considerar que o enunciado é idêntico nos dois casos: o estado de doença atribuído a Pedro. A diferença não está no plano do enunciado, mas da enunciação: “na primeira, o locutor afirma que Pedro está doente (podemos dizer: o enunciatador apresenta a doença de Pedro como uma evidência objetiva); na segunda, o locutor qualifica o que diz como uma crença e atribui a si esta última” (VERÓN, 2004, p.217). De onde concluímos que um mesmo enunciado pode assumir diversas formas, pode admitir diferentes *modalidades do dizer*.

Essas diversas formas que um enunciado pode ter variam de acordo com o sujeito que assume o discurso e com aquele ao qual este é endereçado, além da situação de comunicação/produção discursiva. Nesse sentido, cabe ressaltar a importância que Bakhtin dá ao dialogismo, pensando a linguística a partir das interações com o outro:

Apenas o estudo das formas da comunicação verbal e das formas correspondentes da enunciação completa pode lançar luz sobre o sistema de parágrafos e todos os problemas análogos. Enquanto a linguística orientar suas pesquisas para a enunciação monológica isolada, ela permanecerá incapaz de abordar

essas questões em profundidade (BAKHTIN, 2006, p.144).

A enunciação dialógica - o dialogismo - é, pois, o modo de funcionamento real da linguagem, pois “todo enunciado constitui-se a partir de outro enunciado, é uma réplica a outro enunciado” (FIORIN, 2008, p.24). Bakhtin instaura o dialogismo como princípio constitutivo da linguagem e condição de sentido do discurso: “A língua constitui um processo de evolução ininterrupto, que se realiza através da interação verbal dos locutores” (BAKHTIN, 2006, p.120). As interações verbais, dialógicas, são a verdadeira substância da língua.

As vozes que se encontram nas relações dialógicas são tanto individuais quanto sociais, podendo – a depender da situação de enunciação – o social se sobrepor ao individual, e vice-versa. Um discurso pode ser o lugar onde se encontram vozes individuais (um diálogo entre duas pessoas), ou sociais (diferentes orientações filosóficas etc.). Entretanto, é importante pensarmos que os conceitos de social e individual em Bakhtin não são estanques, nem tão simplórios, como no binômio indivíduo/sociedade. Uma das razões que complexificam tais conceitos é Bakhtin considerar que boa parte das opiniões dos indivíduos é social; e outro ponto diz respeito a um superdestinatário – entendido como uma instância social (a Igreja, a escola, a ciência etc.) – ao qual todo enunciado se dirige, para além do destinatário imediato. A compreensão responsiva desse superdestinatário influencia e mesmo determina a produção discursiva. A respeito da compreensão, Faraco (2009, p.42) pontua que esta “não é mera experiência psicológica da ação dos outros, mas uma atividade dialógica que, diante de um texto, gera outro(s) texto(s). Compreender não é um ato passivo (um mero reconhecimento), mas uma réplica ativa, uma resposta, uma tomada de posição diante do texto”.

Bakhtin caracteriza as relações dialógicas como muito mais do que a simples alternância das vozes do discurso, como *relações de sentido* que se estabelecem entre os enunciados, considerando sempre o contexto geral onde se dá a interação verbal, e não apenas o evento do diálogo face a face. Dessa forma, podem-se estabelecer

relações dialógicas mesmo entre enunciados separados no tempo e no espaço e que não tenham ligação direta entre si; para que se estabeleçam essas relações, basta que se confrontem os enunciados no plano do sentido (BAKHTIN, 2006).

Comunicação, mídia e saúde

Embora a relação da mídia com a saúde expressa, sobretudo, na cobertura dos temas de saúde pelos meios de comunicação, seja, talvez, a aresta mais visível do campo da Comunicação e Saúde, é preciso considerar que este não está restrito a essa modalidade. Desde a comunicação intrapessoal que cada indivíduo estabelece consigo mesmo no cuidado diário com o seu próprio corpo até a comunicação interpessoal dos profissionais de saúde para com os pacientes e seus familiares, passando pelas questões de saúde pública, são muitas as possibilidades englobadas na articulação destes dois campos.

Cardoso e Araújo (2009) enfatizam a diferenciação que deve ser feita entre os termos Comunicação e Saúde e outras designações similares, como comunicação *para a* saúde ou comunicação *em* saúde, pois “embora as diferenças pareçam tão sutis que possam ser tomadas como equivalentes, tenhamos em mente que todo ato de nomeação é ideológico, implica posicionamentos, expressa determinadas concepções, privilegia temas e questões, propõe agendas e estratégias próprias” (CARDOSO; ARAÚJO, 2009, *online*). O termo Comunicação e Saúde (com o conectivo *e*) estabelece, portanto, uma forma específica de vinculação entre os dois campos, caracterizada por uma intersecção entre ambos, não estando um subordinado ao outro, como poderiam sugerir as perspectivas que reduzem a comunicação a meros técnicas e instrumentos a serviço dos propósitos da saúde, como se a única função da comunicação fosse informar as pessoas sobre saúde e doença.

As autoras pontuam que, no Brasil, um marco no campo da Comunicação e Saúde foi a criação, em 1923, do Serviço de Propaganda e Educação Sanitária, dentro do Departamento Nacional de Saúde Pública. A criação desse serviço representou a

institucionalização das práticas comunicacionais na área de saúde pública, à época da chamada Reforma Carlos Chagas, uma proposta de reforma cujo objetivo era ampliar o atendimento do governo federal à saúde, em áreas como assistência médica e educação sanitária, por exemplo. A ideia de educar a população por meio da propaganda sanitária priorizava medidas voltadas para a higiene pessoal e pública, deixando em segundo plano as medidas globais, referentes às condições da sociedade e do ambiente.

Desse momento que marca um vínculo entre os campos da Comunicação e da Saúde até os dias de hoje, o país passou por uma série de mudanças políticas, sociais, culturais e econômicas, e as relações entre os dois campos se tornaram mais sólidas e diversas. A concepção do Sistema Único de Saúde (SUS) e o movimento de reforma sanitária, afirmam Cardoso e Araújo (2009), apontaram para a necessidade de se pensar criticamente as relações entre a saúde e a sociedade. A saúde como um direito constitucional, sendo dever do Estado assegurá-la a todo cidadão estabeleceu novos contornos para “um conceito de saúde que não mais se define por ausência de doenças, que estabelece vínculos indissolúveis com a democracia e com a qualidade de vida da população” (CARDOSO; ARAÚJO, 2009, *online*).

Nessa perspectiva, Epstein (2002) afirma que o público necessita de informações para compreender os programas de saúde pública, assim como também precisa ser informado sobre as mais diversas patologias. Tais temas relativos à saúde chegam ao conhecimento da população, sobretudo, através dos meios de comunicação de massa e, mais recentemente, da internet. É preciso, entretanto, termos em mente que esses meios não representam a saúde e a doença de uma única forma, a começar de que há doenças com maior visibilidade midiática que outras. Como construções sociais, a saúde e a doença são atravessadas por discursos que produzem sentidos.

Sobre a cobertura midiática de saúde, Wilson Bueno [200-?] pontua que estudar a comunicação e saúde nos meios de comunicação de massa no Brasil requer cuidados na análise, pois ainda persistem preconceitos e vícios que precisam ser superados, entres tais como a falta de formação adequada do jornalista para

cobrir os temas de saúde, o que resulta, não raro, no uso do release como notícia; e na *patologia da fonte* que “em geral não é isenta e busca empreender um esforço mercadológico ou pessoal, nem sempre ético ou transparente, para veicular na mídia aquilo que lhe interessa” (BUENO, 2001, p.189), ou ainda para impedir que informações que vão de encontro aos seus interesses ganhem visibilidade no espaço e na agenda públicos.

O autor também considera que o jornalismo em saúde padece de algumas patologias que prejudicam sua qualidade e, por isso, carece de estratégias que o tornem mais útil para o público. Notícias e reportagens sobre saúde veiculadas na mídia massiva são, segundo o autor, acometidas pelos males: preconceito, mitificação, fragmentação, reducionismo e corporativismo (BUENO 2001; 1996).

O *preconceito* se expressa na forma como a mídia, salvo raras exceções, demoniza ou ignora as terapias alternativas (acupuntura, homeopatia etc), marcando uma visão cientificista que desmerece os saberes tradicionais e afirma a supremacia da medicina tradicional e a autoridade médica. A *mitificação*, por sua vez, se caracteriza quando as notícias mistificam a saúde e a doença à medida que divulgam pesquisas e curas milagrosas. O *reducionismo* enquadra a doença como único foco de interesse, silenciando o contexto do doente e da doença, elegendo os microorganismos como vilões e impedindo que se crie uma cultura de prevenção, focada na educação para a saúde e consciente de que as condições econômicas, sociais e culturais têm influência direta na qualidade de vida e no estado de saúde.

Também prejudicial à cobertura de saúde, a *fragmentação* corresponde à publicação de notícias e reportagens descontextualizadas e, muitas vezes, contraditórias. Resultado disso é que o público “fica invariavelmente preso num conjunto formidável de dilemas: afinal de contas, o vinho faz bem ou mal para o coração, tomar vitaminas ajuda a retardar o envelhecimento ou induz a doenças [...] e assim por diante” (BUENO, 1996, p.15). Já o *corporativismo* legitima o profissional de saúde como único detentor de autoridade sobre o discurso da competência por possuir o saber técnico, o que Bueno critica. Com isso, ele não pretende

pôr em xeque o conhecimento médico, mas esclarecer que a saúde é um tema sobre o qual toda sociedade deve refletir.

Apesar das críticas à cobertura de saúde, o autor argumenta ser possível enfrentar os obstáculos, desde que se parta de uma nova postura ética e política, e da conscientização da comunidade científica, das fontes e dos jornalistas. Como estratégias de aprimoramento dessa cobertura, ele sugere o uso do tom coloquial e da função pedagógica do jornalismo; a adequação do texto jornalístico à plataforma, explorando os recursos multimídia, como vídeos; o uso do humor; e a técnica de “ganchos” com a atualidade, como, por exemplo, aproveitar o diagnóstico de câncer de alguma celebridade para debater sobre a doença.

Leituras do Bom Dia Pernambuco: o quadro “Saúde”

Embora os conceitos de Bakhtin sejam muito utilizados pelos pesquisadores da Comunicação para problematizar o Jornalismo e o discurso jornalístico, em Bakhtin, não encontramos sistematizado um conjunto de procedimentos para análise, categorias que possam ser facilmente aplicadas a um *corpus*; o que encontramos são diretrizes a partir das quais se pode ter um entendimento mais amplo da realidade. Longe de promover uma exaustiva análise das matérias e reportagens sobre saúde, nosso propósito é refletir sobre as vozes discursivas que o telejornal põe em diálogo. Tentamos compreender o movimento das vozes discursivas que se encontram nas reportagens sobre saúde, bem como os sentidos produzidos a partir desse movimento.

Para tal, selecionamos aleatoriamente oito edições do Bom Dia Pernambuco, exibidas em outubro de 2013, e nos focamos no quadro diário de saúde. Os quadros tratam de: gagueira; câncer de colo do útero; dor na coluna; psoríase; reumatismo; transplante de medula óssea e febre reumática, além de uma edição que trata dos riscos da má alimentação. Apesar da diversidade temática, percebe-se um padrão na cobertura de saúde: o uso de entrevistas ao vivo e o gancho com a atualidade, de modo que as entrevistas quase sempre estão relacionadas à realização de um evento, como congresso médico, campanha de prevenção de doença. A exceção é

a matéria sobre dor na coluna, um VT³ completo, com *off*⁴ da repórter, sonoras⁵ do especialista e do personagem.

Nesse caso, o que se observa é uma maior multiplicidade de vozes, orientadas para esclarecer o telespectador a partir de diferentes pontos de vista e lugares de fala, e de modo menos técnico do que ocorre quando apenas um médico é entrevistado ao vivo. Bakhtin (2006, p.108) afirma que “toda enunciação efetiva, seja qual for a sua forma, contém sempre, com maior ou menor nitidez, a indicação de um acordo ou de um desacordo com alguma coisa”. Entendemos, então, que mesmo como espaços de tensão, as relações dialógicas entre as vozes no interior da reportagem sobre dores na coluna indicam um acordo; todas as vozes têm a mesma opinião sobre causas e tratamento. Os enunciados da repórter funcionam como reforço dos enunciados precedentes e subsequentes, dialogando diretamente com eles.

Ao se debruçar sobre os tipos de discurso e as formas como se entrecruzam, Bakhtin considerou que a relação da língua com o discurso do outro em determinado momento histórico é um fator importante para entender porque cada época prioriza determinado tipo de discurso: direto, indireto ou indireto livre. Ele entende que a forma de citar o discurso do outro implica diferentes cargas ideológicas e define duas orientações principais e opostas, segundo as quais se desenvolve a dinâmica da inter-relação entre os discursos narrativo e citado. Em linhas gerais, uma demarca mais claramente o discurso citado, enquanto a outra se caracteriza por apresentar limites bem apagados entre o discurso de outrem e o do autor (BAKHTIN, 2006).

Para fins didáticos, consideramos o discurso do repórter e da apresentadora do telejornal como sendo o do autor⁶ de Bakhtin,

³ VT (videotape) é o equipamento eletrônico usado para gravar os sinais de áudio e vídeo geração por uma câmera. No jargão do telejornalismo, entretanto, VT é comumente usado para designar as reportagens gravadas, contendo a seguinte estrutura: *off*, passagem, sonora e imagem.

⁴ Texto gravado pelo repórter ou apresentador e editado junto com as imagens da matéria.

⁵ Sonora é o termo utilizado para designar a fala do entrevistado.

⁶ Bakhtin define as relações entre autor e herói na literatura, especificamente nas obras de Dostoiévski, Puchkin e outros. “A relação do autor com o herói, tal

pois o autor e seus personagens ocupam o mesmo plano, e aquele apresenta tanto suas ideias quanto as destes, da mesma forma como o repórter apresenta seu texto em *off* (ou numa passagem⁷) e introduz o discurso do entrevistado (discurso direto) ou, em alguns casos, reproduz as ideias do entrevistado (discurso indireto). É o autor quem conduz a participação do herói na narrativa.

A primeira orientação do discurso citado é caracterizada por esquemas linguísticos que isolam mais estritamente o discurso do outro, com o intuito de “protegê-lo de infiltração pelas entoações próprias ao autor, de simplificar e consolidar suas características linguísticas individuais” (BAKHTIN, 2006, p.152). Essa orientação, que Bakhtin chama de *estilo linear* de citação do discurso de outrem, podemos exemplificá-la com a edição do dia 22 de outubro de 2013, na qual o quadro “Saúde” tratou o tema da gagueira e exibiu uma entrevista ao vivo com uma fonoaudióloga. Na chamada para a entrevista, a apresentadora do telejornal cita que naquela ocasião se comemorava o Dia Internacional de Atenção à Gagueira, menciona informações sobre a patologia e marca discursivamente a fala do repórter: **“E quem tem os detalhes pra gente é o repórter Fernando Rêgo Barros. Vamos conversar com ele. Fernando, como é que as pessoas podem ter acesso a esse atendimento ou a esse tratamento?”**. Ela se refere à ação que ocorrera no dia da entrevista e sobre a qual a entrevistada falara em sua participação ao vivo.

O repórter responde à pergunta da apresentadora e introduz o discurso direto da entrevistada: **“Nós vamos conversar agora com Nadir Azevedo, que é fonoaudióloga e é uma das coordenadoras do evento que tá acontecendo hoje por causa desse dia internacional de atenção à gagueira”**. Após dois turnos de

como se inscreve em sua arquitetônica estável e em sua dinâmica viva, deve ser compreendida tanto sob o ângulo do princípio básico a que obedece, quanto sob o ângulo das particularidades individuais que ela reveste neste ou naquele autor, nesta ou naquela obra” (BAKHTIN, 2003, p.25).

⁷ A passagem é uma gravação feita no local do acontecimento com informações para serem usadas na matéria. O repórter também faz passagem ao lado do entrevistado, já encaminhando para a entrevista.

perguntas e respostas, onde se alternam repórter e entrevistada, a apresentadora também é inserida no diálogo.

Quando o repórter reproduz o discurso da apresentadora, observamos o uso do discurso indireto, que, segundo Bakhtin, “manifesta-se principalmente pelo fato de que os elementos *emocionais e afetivos* do discurso não são literalmente transpostos [...], na medida em que não são expressos no conteúdo, mas nas *formas da enunciação*” (2006, p.162, grifo do autor). Embora o repórter tenha tentado reproduzir o discurso direto de maneira fiel, usando inclusive as mesmas palavras, a entonação e outros traços emocionais não podem ser transmitidos através do discurso indireto.

Também observamos o *estilo linear* de citação do discurso de outrem na entrevista sobre reumatismo, exibida no dia 30 de outubro de 2013. Da mesma forma como citamos no exemplo sobre gagueira, na edição que abordou o reumatismo a apresentadora também demarca discursivamente os turnos de fala, seu e da repórter, que, por sua vez, demarca o discurso do especialista (entrevistada) na alternância entre perguntas e respostas que caracteriza a entrevista jornalística.

Em todas as vias o discurso se encontra com outros discursos, pressupõe o outro, e essa relação entre discursos pode ser explícita ou não. No exemplo da entrevista sobre reumatismo, observamos que a fala da médica se reporta direta e textualmente ao que dissera anteriormente a repórter, e esse movimento de referência ao já dito se repete durante toda a entrevista. A especialista confirma a informação de que “sem dúvida, a dor nas articulações é o sintoma mais frequente de reumatismo”, se reportando à resposta da repórter à apresentadora quando esta lhe perguntara sobre os sintomas da doença.

A presença do discurso de outrem pode, entretanto, não estar visível no plano textual, como observamos, por exemplo, no dia em que o quadro “Saúde” falou sobre psoríase (29 de outubro de 2013). Nessa edição, um dermatologista foi entrevistado ao vivo durante quase sete minutos, falando sobre a patologia e a campanha de conscientização realizada naquele dia. Observamos que o discurso do especialista é atravessado pelo discurso da Medicina,

da autoridade médica, como no trecho: “Inicialmente quem dá o diagnóstico é o dermatologista. **Já tá provado cientificamente em nossos estudos** que a primeira lesão que aparece é a de pele (...)”. Diversas vozes são incorporadas nessa voz da autoridade. A medicina, a ciência, a Sociedade Brasileira de Dermatologia, ainda que não textualmente citadas, se fazem presentes no discurso da fonte jornalística. Quando diz “a gente” ou “os dermatologistas”, percebemos as relações dialógicas implicadas no discurso do médico.

Médico/Entrevistado: “A intenção é conscientizar em relação à psoríase. **A gente já sabia** que era uma doença cutânea, né... **Há muito tempo os dermatologistas tratam psoríase (...)**. Mas, nos últimos anos, **os estudos sobre psoríase trouxeram pra gente** a informação que várias outras situações, sintomas e sinais podem aparecer associados a essa síndrome que é uma doença inflamatória (...) **aí a gente trouxe pra gente outros especialistas que colaboram com nosso trabalho (...)**”.

Já o diálogo, que é uma forma composicional do dialogismo, aparece em maior ou menor grau nas reportagens jornalísticas. Entretanto, no quadro “Saúde”, do dia 09 de outubro de 2013, cujo tema foi câncer de colo do útero, a multiplicidade de vozes que é uma característica positiva do jornalismo no processo de construção de conhecimentos, foi minimizada. Nessa edição não houve VT, nem passagem ou mesmo entrada ao vivo de repórter. O especialista, médico ginecologista e presidente da Associação Brasileira de Patologia do Trato Genital e Colposcopia concedeu entrevista ao vivo, em estúdio, à apresentadora. Ambos permaneceram em diálogo, alternando perguntas e respostas, durante seis minutos, o que – em televisão – é um tempo considerável.

Algumas considerações

Um rápido passar de olhos nas revistas de informação, nos jornais diários, programas de televisão e telejornais, além dos

canais de TV por assinatura nos permite perceber o espaço generoso dedicado na mídia à cobertura de saúde. Lugar de construção de sentidos, a mídia – em diálogo constante com outros campos do saber – contribui também para a construção social da realidade.

Acreditamos no jornalismo como uma forma de conhecimento e concordamos com Vizeu e Correia (2008), que colocam a importância do telejornalismo na construção da realidade, entendendo-o como um lugar de referência. Entendemos, a partir disso, que, ao cobrir os temas de saúde, a mídia desempenha um papel estratégico, construindo sentidos e significados sobre a doença, e esclarecendo o público sobre patologias, muitas vezes, pouco conhecidas.

Ferraz (2013, p.13) afirma que a mídia “seria uma das instituições que constroem saberes e práticas ligadas ao processo saúde-doença”. E essa construção passa pelo jogo de vozes presentes no discurso jornalístico da cobertura de saúde. Nesse contexto, observamos que tais vozes funcionam de forma diferente, sendo a voz autorizada do especialista (representado pelo médico em quase todas as edições do *corpus*) aquela à qual o telejornal dá mais destaque, conferindo a ela a palavra de autoridade, que, segundo Bakhtin, é aquela palavra que nos interpela, cobra reconhecimento e adesão. A palavra do especialista é, portanto, mais impermeável, mais imune a questionamentos.

Na cobertura de saúde, o noticiário considera as dimensões dialógicas que implicam todo discurso - internamente dialogizado - ser orientado para um “já dito”, mas tais dimensões não são exploradas em sua máxima potencialidade, em virtude do monopólio da fala do especialista que dialoga com enunciados pouco diversos.

Concordamos com Bueno (1996) no sentido de que o discurso de autoridade médica tem a legitimidade do saber científico, mas que é necessário ampliar o debate sobre saúde na mídia, o que passa pela diversificação das fontes e da natureza destas, ou seja, implica considerar uma maior multiplicidade de vozes discursivas e relações dialógicas, produzindo-se enunciados que dialoguem com outros mais distantes e diversos, além de

atentar para a relevância de o discurso midiático dialogar com o discurso dos indivíduos acometidos pelas patologias das quais trata o telejornal.

Referências

BAKHTIN, Mikhail. **Marxismo e filosofia da linguagem**. 12 ed. São Paulo: HUCITEC, 2006.

BAKHTIN, Mikhail. **Estética da criação verbal**. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

BRAIT, Beth. Bakhtin e a natureza constitutivamente dialógica da linguagem. In: BRAIT, Beth (org.). **Bakhtin: dialogismo e construção de sentido**. (2 ed.). Campinas – SP: Editora da UNICAMP, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BUENO, W. da C. **Comunicação para a saúde**: uma experiência brasileira. São Paulo: Plêiade; Amparo: Unimed/Amparo, 1996.

BUENO, W. da C. A cobertura de saúde na mídia brasileira: os sintomas de uma doença anunciada. *Comunicação & Sociedade*, n.35, p.187-210. São Bernardo do Campo: PósCom-Umesp, 2001.

BUENO, W. da C.. **Comunicação para a saúde**: uma revisão crítica. Portal do Jornalismo Científico, [200-?]. São Paulo. Disponível em:

http://www.jornalismocientifico.com.br/jornalismocientifico/artigos/jornalismo_saude/artigo9.php. Acesso em: 9 jan. 2014.

CARDOSO, J. M.; ARAÚJO, I. S. de. Comunicação e saúde. In: **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**, 2009.

Disponível em:

<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/comsau.html#topo>. Acesso em: 30 out. 2014.

EPSTEIN, Isaac. **Divulgação científica**: 96 verbetes. Campinas, SP: Pontes, 2002.

FARACO, C. A.. **Linguagem & diálogo**: as ideias linguísticas do Círculo de Bakhtin. São Paulo: Parábola Editorial, 2009.

FAUSTO NETO, Antonio. Modos midiáticos de construção dos discursos científicos. In: FAUSTO NETO, A. (org.). **Mediatização da Ciência**: cenários, desafios, possibilidades. Campina Grande: EDUEPB, 2012. p.173-221.

FERRAZ, L. M. R. A doença sob a ótica da mediatização: análise dos discursos de Veja e Istoé. In: VI Congresso de Estudantes de Pós-Graduação em Comunicação - Coneco, 2013, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro, UERJ, 2013. Disponível em: <http://www.coneco.uff.br/ocs/index.php/1/viconeco/paper/viewFile/735/236>. Acesso em: 01 jan. 2014.

FIORIN, José Luiz. **Introdução ao pensamento de Bakhtin**. São Paulo: Ática, 2008.

KUSCINSKY, Bernardo. Jornalismo e saúde na era neoliberal. **Saúde e sociedade**, 2004. p.95-103. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v11n1/10.pdf> . Acesso em: 28 dez. 2013.

LEITE, Sandra Nunes. A inovação científica e a circulação midiática do conhecimento. In: FAUSTO NETO, A. (org.). **Mediatização da Ciência**: cenários, desafios, possibilidades. Campina Grande: EDUEPB, 2012. p.243-255.

VIZEU, A. E. V. & CORREIA, J. C.. A construção do real no telejornalismo: do lugar de segurança ao lugar de referência. In: VIZEU, A. (org.). **A sociedade do telejornalismo**. Petrópolis-RJ: Vozes, 2008.

VERÓN, Eliseo. **Fragmentos de um tecido**. São Leopoldo – RS: Editora UNISINOS, 2004.

Capítulo 6

VIABILIZANDO O RESGATE

DIRETO DE REPRESENTAÇÕES

SOCIAIS EM SAÚDE UMA

PESQUISA BRASIL-ESPANHA

NO CAMPO DA PREVENÇÃO

SECUNDÁRIA DA AIDS/SIDA

Fernando Lefevre

Ana Maria Cavalcanti Lefevre

Marisa Fumiko Nakae

Rosana Matos Silveira

Introdução

Um dos modos mais utilizados para resgatar Representações Sociais (JODELET, 1989) em pesquisas empíricas é o formulário com questões abertas. Nas pesquisas com a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (LEFEVRE, 2010) usa-se poucas questões abertas dirigidas especificamente ao tema ou subtema pesquisado e o entrevistador (quando se trata de pesquisa com entrevistas ao vivo) não interfere no andamento da entrevista.

A situação ótima é quando o entrevistado captou ou entendeu perfeitamente o tema ou subtema que se lhe foi apresentado, respondendo com total sinceridade e espontaneamente aquilo que efetivamente pensa sobre o assunto, fugindo de toda resposta pronta ou pré-programada.

Para atingir tal situação ótima, além de imaginação e criatividade, uma série de cuidados devem ser tomados: ver sobre o tema Lefevre (2010).

Discutiremos aqui e o uso de situações, ou casos, ou pequenas histórias como uma estratégia para atingir mais eficazmente o objetivo de obter boas representações sociais dos entrevistados.

A discussão será exemplificada com a apresentação dos resultados da questão **Como você se sentiu ao responder este questionário?** aplicada aos usuários do CRT-DST/Aids de São Paulo que faz parte da pesquisa financiada pelo CNPq atualmente em desenvolvimento: Prevenção secundária em pessoas vivendo com HIV: perspectivas, dilemas e estratégias de enfrentamento no Brasil e na Espanha (LEFEVRE, 2010 -2).

Tal pesquisa foi desenvolvida aplicando-se às populações objeto um questionário contendo os cinco (5) casos, no Brasil. A título de exemplo apresenta-se aqui os casos 1 e 2:

1. Prática de sexo sem proteção por medo de perder um parceiro

Numa festa Carlos e João sentiram-se profundamente atraídos um pelo outro. João ofereceu uma carona a Carlos e, durante o caminho o convidou para ir a sua casa. Lá chegando, beberam, namoraram e começaram a transar. Quando Carlos percebeu que João não usaria camisinha, hesitou. João disse que não gostaria de usá-la e que falar nisso naquele momento, era demonstrar falta de confiança. Disse a Carlos que ambos eram bonitos, saudáveis, e que nunca transaria com ele se o achasse uma pessoa promíscua. Carlos, sentindo-se muito dividido, e hesitando insistir no uso da camisinha, por temer que João ficasse “magoado”, cedeu. (adaptado GARCIA R. 2012)

Pergunta: Em sua opinião essa situação acontece? O que acha desta situação?

2. Situações propiciadoras de liberação sexual: álcool e drogas

Cláudio é um jovem, 18 anos, universitário muito popular, pra frente e gosta muito de sexo, balada movida a álcool e outras drogas e muitos

Comunicação, Saúde e Pluralidade: novos olhares e abordagens em pauta

parceiros. Em suma curte situações de risco. Ele soube recentemente que é soropositivo e que tem que começar o tratamento. Mas falaram para ele que agora a AIDS tem controle e que é uma doença como qualquer outra. Ele pensou então que tomando os remédios pudesse continuar a mesma vida que levava.

Pergunta: Ele contou tudo isso para um amigo. Se você fosse esse amigo o que diria para o Cláudio?

Terminadas a apresentação dos casos, as duas perguntas finais da pesquisa foram:

1. O uso de preservativo é difícil para muitas pessoas. Por que você acha que isto acontece?
2. Como você se sentiu ao responder este questionário?

Casos e representações sociais

Entendendo-se, de acordo com a teoria das Representações Sociais, que elas têm a ver conhecimentos do senso comum usados nas interações cotidianas dos indivíduos vivendo em sociedade, perguntas que mimetizem ou se refiram mais diretamente a situações do cotidiano teriam em princípio maiores chances de captarem Representações Sociais mais autênticas.

Supõe-se que, quando numa pergunta comum de pesquisa do tipo: Qual a sua opinião sobre... ou Como você avaliaria ... ou Para você o que é ... os indivíduos são instados a se posicionar diante de um problema, estes indivíduos estão emitindo um comportamento explicitamente reflexivo, ou como se diz popularmente "parando para pensar".

Neste momento de "parada" poderá estar ocorrendo por parte do indivíduo um esforço de racionalização, ou seja, de manifestar um comportamento ou opinião com base em padrões socialmente ou ideologicamente mais "aceitáveis".

É claro que isso prejudica a autenticidade, a espontaneidade e a verossimilhança das respostas.

Comunicação, Saúde e Pluralidade: novos olhares e abordagens em pauta

Nesse sentido a construção de "casos" na forma de situações do cotidiano poderia estar minimizando este efeito indesejável.

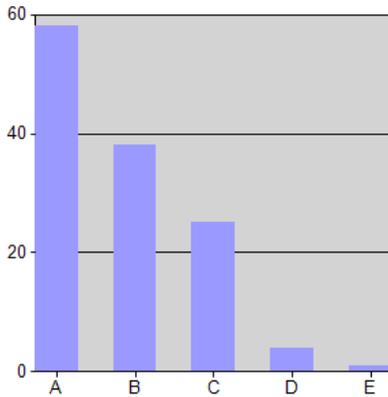
O uso de casos combinado com a técnica do DSC vem se revelando uma opção para obter como produto final da pesquisa *Representações Sociais* mais autênticas. Nesse sentido duas pesquisas dentre várias onde se utilizou "casos" revelaram-se exemplares. Trata-se de pesquisa sobre representações relativas à pílula do dia seguinte entre jovens da cidade de São Paulo (LEFEVRE e LEFEVRE, 2010-2) e de pesquisa sobre avaliação da experiência de educação artística com internos da Fundação Casa (LEFEVRE et al, 2014).

Pergunta: Como você se sentiu ao responder este questionário?

Esta foi a última pergunta da pesquisa *Prevenção secundária em pessoas vivendo com HIV: perspectivas, dilemas e estratégias de enfrentamento no Brasil e na Espanha* e a análise das respostas a ela na forma de DSCs permitiu, entre outras coisas, avaliar o sentimento dos respondentes quando submetidos a perguntas na forma de casos.

Resultados quantitativos:

CARACTERÍSTICAS DOS ENTREVISTADOS			
PESQUISA / PERGUNTA	FREQUÊNCIA ABSOLUTA	FREQUÊNCIA RELATIVA (RESPOSTAS)	FREQUÊNCIA RELATIVA (PESSOAS)
8 - Como você se sentiu ao responder este questionário?			
A - Se sentiu bem, tranquilo	58	46.03 %	58.59 %
B - Trouxe reflexões	38	30.16 %	38.38 %
C - Avalia pesquisa, seus objetivos e o formulário	25	19.84 %	25.25 %
D - Faz sugestões	4	3.17 %	4.04 %
E - Não respondeu	1	0.79 %	1.01 %
TOTAL DE RESPOSTAS	126		
TOTAL DE ENTREVISTADOS	99		



Resultados qualitativos:

Categoria A- Se sentiu bem, tranquilo

A1. Depoimento como alerta para a prevenção

Foi super tranquilo! Até porque são casos do cotidiano, realmente, situações em que vivemos, ouvimos; é legal porque você, diante de um questionário, você expõe, você fala: “Nossa, eu já vivenciei tal situação, conheço colegas, amigos que vivenciaram assim”; realmente são situações que fazem com que as pessoas percam o chão; outras ainda, mesmo sabendo ser soropositivo, parecem que ainda não têm essa consciência do risco que elas correm e o risco a que elas podem expor outra pessoa.

Outras pessoas que ouvirem vão estar mais preparadas para enfrentar as situações que estão sendo apresentadas porque as pessoas têm que se preparar mesmo para tudo, é um assunto que tem que ser batido e é preciso aconselhar que as pessoas devam usar preservativo para evitar que outros venham, outros apareçam e piore a situação.

São fatos que acontecem, principalmente com a molecadinha de 17 a 20 anos. Exatamente a criançada, a molecadinha vai prá balada, enche a cara, faz tudo o que não pode e esquece das suas responsabilidades. É, a pessoa só vai começar a ter a responsabilidade dela depois que passa por muitos problemas.

Assim, qualquer coisa que a gente possa fazer seja testemunho para evitar que uma pessoa pelo menos não pegue, já ajuda, porque às vezes a gente vê meninos de 16, de 17 anos na primeira relação sexual já pegando. Triste, né?

Eu sendo portador do vírus, eu falando alguma coisa, dá mais força pra alguém que está começando agora, pra quem descobriu agora. Eu já tenho 18 anos com esse vírus então já tenho um certo know how. Sei que dei o melhor de mim, e talvez, espero que isso abra a cabeça das pessoas, eu sou uma pessoa já calejada, então espero que os mais novos ou os mais velhos que talvez estejam nesse patamar da minha vida, que eles possam refletir um pouco e saber que amar é proteger.

Os jovens que estão aí agora pensam que tudo é folia, que tudo é diversão, que não se previne. Mas eu pergunto: por que não se preveniram para não ter que passar por tudo isso, que é uma coisa que eles vão carregar para o resto da vida? É difícil a gente carregar isso, não tem como a gente deixar de pensar 24 horas do dia, e esquecer que existe essa doença. No meu caso eu não consigo. Tantos jovens que podem morrer com a metade da idade que eu estou, justamente por que não tem responsabilidade de se prevenir para não ter doenças oportunistas, não ficar usando drogas, beber com moderação! Então muita coisa serve como experiência na vida da gente, por isso acho que a juventude teria que pensar melhor.

A2. Contribuição para estudos, desmistificação

Eu fico bem, me sinto bem em tá falando, em ver outro ponto de vista, em participar desse tipo de pesquisa. Acho importante para desmistificar a coisa, falar.

Para mim é muito tranquilo falar sobre isso, não tenho problema, acho até legal poder colaborar com vocês, que precisam também

dessa pesquisa e a gente também falar sobre a nossa posição, como é que é a vida, como se sente, tudo, acho que não tem problema eu gosto.

Por isso acho útil que eu dê o meu depoimento para um próximo, para algum estudo, para melhoria ou para campanhas, dependendo para quem vocês vão passar essas respostas.

É necessário mostrar diferentes caminhos: podem surgir soluções criativas para algumas coisas que a gente quer fazer. Por isso me sinto satisfeita no sentido de poder ajudar de alguma forma. É, a realidade de quem vive com HIV não é fácil, então quanto mais se falar disso, estudar isso, preparar as pessoas pra essas ideias é melhor pois facilita a vida de todo mundo.

Enfim, gostei de dar meu depoimento tenho certeza que vai contribuir bastante e acabei me sentindo importante assim, participando dessa pesquisa.

A3. Casos remeteram à sua própria história

Me senti bem, tranquila, não sei se porque já convivo com essas histórias, já tive tantas rejeições, já tive tantos aceitamentos, que hoje para mim é tranquilo. A rejeição continua dolorida, sempre, mas me senti tranquila; o que eu disse para você é o que eu sinto, o que eu acho e a forma como eu ajo.

Nesta entrevista a gente revisita mesmo momentos de que a gente já deu essa resposta em algum lugar ou parou para pensar acerca das pessoas, é importante dar essas pausas assim para pensar, e também partilhar o que a gente pensa, vai que serve para alguma coisa, para alguém.

Me senti aliviada porque às vezes é bom, é uma coisa que eu já venho carregando comigo há anos, então se eu tiver que falar eu falo muito bem. Já passei por muitas situações difíceis em relação à saúde.

Cada vez que me perguntam de HIV eu não fico tímido, eu falo bastante, conto pra todo mundo que sou soropositivo, não tenho vergonha disso. Graças a Deus eu tive uma um processo muito fácil de descoberta, de lidar com isso, né. (Fácil entre aspas, hoje a gente fala que é fácil, mas na hora não é...)

Então, procurei ser o mais sincero e mais verdadeiro, até porque não tenho rosto e não tenho imagem, sou apenas um número, então tudo que eu disse é de pura verdade, e sentimento no momento que eu passo na minha vida e o que acontece no meu coração e na minha mente.

Categoria B – Trouxe reflexões

B1 – Impacto com o diagnóstico e vulnerabilidades

Voltei na época quando eu descobri que eu tinha o HIV. A força que eu tive dos amigos, da família e vi que com tudo isso, infelizmente, ainda se contrai essa doença e outras doenças. Talvez não por falta de informação, talvez realmente porque as pessoas acham que nunca vão contrair a doença, mas na hora que vão fazer o exame tremem, desmaiam, soam, perdem a voz, enfim, várias coisas. Então assim, veio retrospectiva na minha cabeça de tudo que eu passei.

Se tivesse a chance de voltar eu faria completamente o oposto. Gostaria de ter a cabeça que tenho hoje quando tinha 20 anos. Foi uma prova de amor sem camisinha.

Você começa a ver a vida de pessoas que poderiam estar se amando e jogaram a metade da vida no lixo por 30 segundos de prazer. Se você tivesse o poder de mudar toda essa situação você mudaria, mas infelizmente não dá pra mudar. A gente sabe que está vulnerável a qualquer tipo de doenças nesse mundo.

Por exemplo, uma moça que trabalha na noite cobra 150, se o cara chega lá e diz que não gosta de transar com camisinha, ele dá 500 e ela dá para ele sem camisinha, isso é normal, é a pura verdade, como as gays também que querem comer as gays sem camisinha, você percebe que é maldade, que quer passar mesmo.

B2 – A vida continua, mas tem que se tratar

Falar sobre o HIV é tranquilo porque eu vivo com isso há tantos anos e nunca pra mim isso foi um problema, já me perguntaram de quem eu peguei. Pra mim isso nunca me ocorreu, se eu tenho isso é

porque eu fui descuidado, minha vida até melhorou por causa disso porque eu passei a cuidar de umas coisas que eu não cuidava, ter qualidade de vida e tal, isso não quer dizer que eu indique isso para as pessoas. Não, melhor transar com preservativo e não ter HIV.

Dizer que eu não fiz prática sem preservativo em algum momento na vida, eu vou estar mentindo porque por isso estou aqui. Então é muito importante a conscientização a respeito de que a vida sexual continua da mesma forma, só que você tem que zelar pela sua vida e pela do outro. De cinco anos para cá o pessoal está tendo uma visão do HIV como Dipirona e não é! Fiquei um pouco assustado com as histórias, parece-me então que as pessoas ainda estão ignorando isso aí, parece que a AIDS é uma gripe e não é, cada um reage de uma forma, eu mesmo tenho amigos que estão lindos e maravilhosos, mas agora é que eu estou fazendo esse tratamento adequadamente. Passei muitos anos totalmente desleixado, sem me cuidar, peguei muitas oportunistas, poderia estar muito melhor do que eu estou, então não é tão simples. A última história me deixou um pouco mais triste, por lembrar da morte, acho que é por isso. Lembrar tudo de ruim que o HIV pode trazer, os problemas de saúde, as complicações que o HIV traz, a lipodistrofia principalmente. O tratamento é forte, às vezes tem efeitos colaterais que faz com que a gente queira parar com tudo, jogar tudo para o alto. É difícil lidar, tem que ter cabeça boa para sustentar tudo isso, mas a vida continua e a gente tem que vivê-la da melhor maneira possível.

Hoje eu posso sair na rua e gritar pra todo mundo que sou soropositiva, que não me incomoda mais, mas há alguns anos atrás me incomodava e muito, eu não tinha consciência ainda. Eu vejo que passeando pelo Centro de Referência se pode comentar, eu aprendi a lidar com a doença, eu tenho duas filhas, são pequenas e eu quero tratar delas, quero cuidar, ver netos, filhos, bisnetos e muito mais. O Centro está me ajudando bastante nisso, ele está me dando bastante informações, que às vezes para alguns é desnecessário, mas para mim é importante. Aqui tem tudo, chega aqui e eles abraçam a gente, a gente sente que a pessoa não tem preconceito.

B3 – Sigilo e Preconceito

Eu nunca passei por uma situação de preconceito. É claro que eu me preservo, as pessoas que sabem quem sou eu de fato e conhecem minha história até tiveram uma reação normal. Eu me sentiria realmente muito constrangido se eu fosse discriminado ou sofresse preconceito por isso, o que eu não senti com esta pesquisa, muito pelo contrário. Mas a vida é assim, com HIV ou não, somos rejeitados e somos aceitos. Às vezes somos rejeitados porque não temos um papo bom, porque o cabelo não é limpo, porque não temos uma bunda boa, às vezes somos aceitos porque não temos isso tudo também, mas despertamos alguma coisa em alguém. É assim a vida, de aceitação e rejeição, de prazer e desprazer. Eu também tinha preconceito e falava assim “ai nossa, uma pessoa com HIV, Deus me livre”, não dela encostar em mim, sei que esse tipo de contágio não tem, então você não vai tratar assim a pessoa, mas por exemplo, transar com a pessoa é outra coisa. Daí você fica um pouco isolado, porque você não pode falar para ninguém, é difícil das pessoas aceitarem que você tem. Muitas fogem o seu caminho, às vezes é melhor deixar guardado para você mesmo. Já contei, mas hoje em dia, não conto mais, não vale a pena. As pessoas, elas têm medo ainda, até no trabalho, se ficam sabendo que você é soropositivo, só o fato de você pegar um atestado e levar no serviço, eles podem te mandar embora. Faz pouquíssimo tempo enterrei um amigo que era policial e ele não teve coragem de assumir para a Corporação que ele estava com o HIV, que ele era homossexual, era um homem enorme, fortão e a gente se divertia tanto na sauna! Sabe, eles não vão lá só para transar, vai para cantar, vai para beber, assistir show, você tem que se divertir porque senão fica louco também.

Eu não fico conversando sobre a minha doença com o mundo, mas aqui no Centro de Referência eu tenho amigos e a gente conversa, tem o grupo de apoio, de redução de danos que ajudam muito a gente a estar sempre desabafando e colocando as coisas pra fora. Nessa entrevista eu me senti importante pra poder contribuir como o soropositivo se sente, foi quase um desabafo. Esses textos,

algumas cenas são muito semelhantes com o que acontece no dia-a-dia mesmo, falei de coisas que poucas vezes eu conversei dessa forma, expondo certas situações e é a primeira vez que eu consigo ter uma ideia mais completa do que é viver com HIV, o que é e como é que as pessoas que vivem ou como é que a sociedade lida com isso. Pude parar e me analisar baseado na minha história e no que ouvi nessas pequenas historinhas.

B4 – Revelação do diagnóstico a terceiros e prevenção

Na época, lá atrás, eu senti muita vontade de falar com alguém, mas tinha poucos profissionais então a gente não conversava, eu sentia vontade de falar, falar, falar, falar tudo que eu pensava. No começo eu me perguntava o que eu fiz com a minha vida, foi um acidente e tal, se eu estivesse dentro de casa quietinho, não estivesse fazendo nada com ninguém, se eu não tivesse tido relação eu também não teria isso, mas que vida você estaria vivendo em casa trancado? Às vezes a gente se martiriza tanto por conta de um problema que a gente contrai através de um contato que não pensamos em outros problemas de saúde mais sérios. Então, eu já me relacionei com pessoas sem camisinha e eu não falei que sou soropositivo, uma exigiu que a gente continuasse usando a camisinha, a outra já não. Hoje eu já não posso me culpar mais, mas posso fazer diferente no próximo relacionamento, é algo que eu não queria para mim e acabei que fiz pro outro. Esse questionário me fez cair mais em si, da próxima vez que for ocorrer uma relação sexual, eu vou, eu tenho que falar isso para mim mesmo, que eu vou prevenir a vida da outra pessoa, eu tenho que falar isso convicto senão, não vou agir na hora que ocorrer essa situação. A culpa não pode falar é de A ou de B, porque a divulgação é bem legal. O que é assustador é ver que na maioria todo mundo ainda acha que camisinha é uma coisa opcional e não é opcional, tem que se usar e ponto final, a não ser que seja sua primeira relação e da pessoa também. A partir do momento que a gente já iniciou nossa vida sexual e com parceiros diferentes, então já é uma coisa a se pensar. A pessoa tem que acreditar mais que realmente a doença existe, são poucos que acreditam que a doença

realmente existe. Eu falo porque eu também tinha cá minhas dúvidas. Um conselho que eu tenho é se eu encontrar uma pessoa no segundo ou terceiro encontro e eu quero encontrá-lo novamente, eu falo que sou soropositivo, porque eu não posso deixar que o cara se envolva ou se apaixone, pra mim isso é uma condição. Quando você arruma um parceiro, ele não fala se tem ou não, mas você tendo, você tem que ficar tentando ver que jeito vai falar isso para a pessoa, se a pessoa vai aceitar, se não vai. Eu já perdi vários relacionamentos assim, porque às vezes eu falei e cada um foi para o seu canto. Já teve gente que sumiu da minha vida, teve gente que não conseguiu me tocar mais e teve gente que namorou e ficou comigo, então é possível, tem pra todo mundo.

B5 – À espera da “cura”

Estou no mesmo barco do que milhões de pessoas e eu, assim como todas elas, quero que algum dia descubram, senão a cura, pelo menos alguma coisa que a gente não fique mais preocupado, esqueça isso aí de tomar o remédio e voltar a ter uma vida normal, você nem usar camisinha mais. As pessoas ficam muito querendo que resolvam os nossos problemas, eu não, eu quero ajudar, já pensei até em me oferecer para testes e coisas assim, então o mínimo que eu poderia fazer é isso, responder uma pesquisa.

Eu sei que eu tenho o HIV, me trato, me cuido e graças a Deus eu tenho uma família que me ajuda também, todo mundo sabe, a gente é unido nessa questão e vamos encarar, vamos em frente, não tem que ter medo porque graças a Deus tem os medicamentos, tem tudo aí pra poder prosseguir. Se tivesse uma vacina era bom para diminuir a nossa situação e a gente voltar a ser normal, mas dizem que é difícil, eu estou aqui a espera disso aí, confiando em Deus que possa ter uma vacina, que tenha uma cura, acho que todo soropositivo está esperando isso, não só eu como milhares e milhares. Queriam entrar nessas pesquisas logo para poder sonhar mais porque assim, quem é portador deste vírus é muito difícil, você não sabe quando vai adoecer. Hoje você pode estar bem, amanhã pode estar ruim, então você não sabe, é uma coisa assim incerta. Mas tenho uma filosofia, eu acredito fielmente que a cura

já exista, mas é muito mais lucrativo os laboratórios mundiais mantê-la do que erradicá-la.

Categoria C- Avalia a pesquisa, seus objetivos e o formulário

C1 – Avalia positivamente

É um questionário meio, assim, que a gente não tem o costume de estar falando, mas até é bom porque a gente aprende mais coisas e fica sabendo. Aprende a saber mais sobre o HIV, as pessoas, o contato porque tem gente que tem o HIV e nem sabe por que é que ela está ali, por que ela está tomando o remédio. Eu gostei das perguntas, eu gostei das respostas, o certo, o lógico era para todos que são ou não são soropositivos passar por este questionário, para ter uma avaliação. São questões que de certa forma todo mundo já viveu ou já conhece alguém que tenha vivido alguma coisa parecida, principalmente para alguém que é soropositivo, como na minha condição, são situações que você tem o conhecimento, são questões bem pertinentes, dentro do dia a dia de qualquer pessoa. Não é aquela coisa brega, acadêmica, não, está dentro da realidade, é isso mesmo que acontece. É uma contribuição interessante não só para homossexuais, mas para toda população como um todo porque comportamento de risco é inerente a todo ser humano, não só homossexuais, a gente vê aí os idosos tendo mais atividade sexual em função de estar vivendo mais e isso também vale para todo mundo. Nosso Ministério da Saúde recentemente falou que é muito preocupante a causa da contaminação em jovens gays, então acho que retrata uma realidade brasileira. Acho importante que vocês perguntem isso para quem está nesse barco, está se tratando, para saber como a gente pensa, como a gente age, saber as diferenças e tal, fiquei contente e me senti bem porque eu não tenho mais dificuldade de falar sobre isso, estou falando com uma pessoa que está preparada para ouvir, sem questionamentos, que está entendendo o que eu estou falando.

C2 – Avalia negativamente

São algumas perguntas que levam realmente às mesmas respostas. Talvez o formulário pudesse ser com umas histórias diferenciadas, que levassem às perguntas mais abrangentes, que você pudesse dar respostas de formas diferentes. Praticamente eu respondi a mesma coisa o questionário inteiro! Não precisaria de histórias, poderia ser direto, porque eu respondo sem problema nenhum o que eu acho, eu não tenho nenhum tipo de problema comigo mesmo. Essas pequenas histórias são reais, sei que é assim que acontece, mas percebo é que se fala muito do HIV entre homossexuais e profissionais do sexo, sem se dar conta que não são só os homossexuais que estão sujeitos à contaminação e que estão contaminados. Acredito que seja a maior parte da população infectada, mas aqui eu vejo, eu tenho a impressão de que só os homossexuais e as travestis, só eles que possuem HIV, só eles estão sujeitos ao risco e quando não me parece isso.

Categoria D - Faz sugestões

Todas as histórias são boas, talvez passar na televisão ou ter alguns livros para que toda juventude veja porque acho que a juventude está mais louca que os adultos, estão fazendo muitas coisas erradas, eles têm que rever tudo isso. A sugestão é alertar no momento que nós temos, não é falar assim “eu vou me contaminar, tem aí um coquetel pra mim tomar”, é muito melhor usar um preservativo, não tem comparação cuidar da sua saúde e não precisar tomar remédio nenhum! Isso devia ser muito mais divulgado, divulgar também os efeitos colaterais desses medicamentos, o quanto é doloroso a hora que você chega e o médico fala que a partir daqui você vai ter que tomar 10 remédios por dia. Não é fácil. Eu queria acrescentar que da sociedade que eu venho o preservativo não é considerado um problema, teve várias campanhas, várias maneiras de conscientização, o preservativo hoje na Europa e em outros países é considerado como parte da vida sexual e acho que este é o foco aonde tem que chegar. Agora tem que pensar de como chegar neste foco dentro da cultura brasileira e dentro dos problemas que existem aqui. As

peessoas deveriam ter mais informações, por exemplo, no dia da minha consulta a gente tem um grupozinho que a gente sempre discute essas coisas, eu acho que a AIDS é muito pouco falada, as pessoas falam com medo, até entre os amigos mesmos, a maioria das pessoas não sabem como é transmitido, tem pessoas que tem medo de sentar no mesmo lugar. Se tivesse esse tipo de pesquisa em metrô, lá fora as pessoas estariam mais instruídas ao o que fazer.

Análise/Discussão

O fato de que grande parte dos entrevistados (58,59%) relatou sentir-se bem e tranquilo em participar dessa pesquisa pode nos levar a pensar que o assunto seja conduzido de forma leve por estas pessoas. Mas parte dos entrevistados considera importante dar seu depoimento como um alerta para a prevenção, bem como contribuir para novos estudos e soluções para quem vive com o HIV. De outra parte os casos apresentados levaram o entrevistado à reflexão sobre a própria história de contaminação e como é viver com o HIV, remetendo a uma avaliação de seu passado, presente e futuro.

Os casos apresentados pela pesquisa também trouxeram para os entrevistados várias reflexões a respeito de como as pessoas, notadamente os jovens e os não usuários de preservativos estão se expondo a situações de risco de se contaminarem por uma DST/HIV apesar do acesso generalizado à informação. Sabemos, no entanto, que a vulnerabilidade depende do grau e da qualidade da informação recebida, da capacidade que o indivíduo tem de elaborar essas informações e de incorporá-las no seu cotidiano para, enfim, poder transformar suas práticas

Segundo a Pesquisa de Conhecimento, atitudes e práticas – PCAP 2009 (BRASIL, 2014), realizada durante 2008 em todas as regiões do Brasil que ouviu oito mil pessoas de 15 a 64 anos de idade, foi observado que os jovens demonstram ter comportamento sexual mais seguro. No entanto, no Boletim Epidemiológico - AIDS e DST 2013 (BRASIL, 2014) consta levantamento realizado com mais de 35 mil meninos de 17 a 20 anos de idade, onde aponta

que, em cinco anos, a prevalência do HIV entre essa população passou de 0,09% para 0,12%. O estudo também revela que quanto menor a escolaridade, maior o percentual de infectados pelo vírus da AIDS nessa faixa etária e que o resultado positivo para o HIV está relacionado, principalmente, ao número de parcerias (quanto mais parceiros, maior a vulnerabilidade), à coinfeção com outras doenças sexualmente transmissíveis e às relações homossexuais.

Ainda hoje, relatos de pessoas com diagnóstico recente de HIV+ trazem crenças de que a doença não estava por perto e outras situações que fazem com que a pessoa não se veja vulnerável de se contaminar pelo HIV. Com efeito, a introdução da terapia antirretroviral trouxe à AIDS um caráter de doença crônica, trazendo uma ideia de ser uma doença de menor gravidade ou que tem tratamento e não se morre mais dela.

De outro lado, parte dos entrevistados relata que sua participação na pesquisa lembrou-lhes que a descoberta do diagnóstico muitas vezes é traumática e remete a medos e fantasias encontrados no início da epidemia e que ainda perduram, como medo da morte iminente, do preconceito, de ficar com aspecto debilitado (“a cara da AIDS”), de não poder mais realizar projetos profissionais ou pessoais, de não ter mais vida afetiva e sexual, sentimentos de culpa, vergonha e punição, etc. A forma como foi receber seu diagnóstico, as reações e sentimentos provocados na época, o início do tratamento medicamentoso e suas consequências (efeitos adversos, desgaste que toda doença crônica provoca), as infecções oportunistas e possíveis internações são etapas marcantes e impactantes, cada uma no seu tempo.

O constante processo inflamatório no organismo provocado pelo vírus e o uso contínuo de medicamentos trazem complicações de ordem neurológica, metabólica, cardíaca, renal, patologias ósseas, etc. Com tudo isso, associado ao estigma que a doença carrega, a saúde mental das PVHA com frequência é afetada. Não à toa, temos o DSC que sugere divulgar os efeitos colaterais dos antirretrovirais e ampliar campanhas de prevenção para se evitar a contaminação e suas consequências.

Apesar do tempo e dos avanços científicos e tecnológicos, as PVHA ainda sofrem com o preconceito, seja na família, no

Comunicação, Saúde e Pluralidade: novos olhares e abordagens em pauta

ambiente profissional ou nos serviços assistenciais. Relatos dos entrevistados sobre medo da rejeição e do preconceito vêm carregados de angústia, fazendo com que seja importante oferecer um ambiente acolhedor no serviço de saúde, local onde se possa falar sobre tais angústias, ter acesso a informações e compartilhar experiências com seus pares.

Os espaços grupais tornam-se um recurso poderoso nesse sentido. É importante realçar que atualmente no CRT – DST/AIDS são oferecidos grupos semanais às PVHA, como:

√ Adesão: aberto não só a usuários do ambulatório, mas também aos parceiros, familiares ou amigos, além de usuários de outros serviços de saúde que não dispõem dessa atividade. Trabalha não só a questão de adesão medicamentosa ou ao tratamento, mas sim adesão à vida e o que se relaciona a ela.

√ Oficinas de Artes: duas oficinas são realizadas no atelier do Museu Lasar Segall, voltadas aos usuários matriculados no Ambulatório de HIV, onde através da arte podem expressar seus sentimentos, melhorar a autoestima, gerar renda com a venda da obra produzida, etc.

√ Redução de danos: aberto a PVHA do CRT, ou de outras instituições de saúde, e que são usuárias de drogas. Possibilita o atendimento psiquiátrico após o grupo caso seja necessário.

√ Dança circular: realizado no Parque Modernista e aberto aos usuários e funcionários do CRT e frequentadores do parque. Trabalha o contato físico, afetos e emoções gerados durante a dança de roda.

√ Grupo de gestantes: aberto às gestantes com HIV+ e seus parceiros durante o pré-natal e pós-parto, onde são acolhidas as angústias, os medos e dúvidas próprios do momento gestacional e, muitas vezes, do impacto de receber o diagnóstico de HIV+ no pré-natal.

Em todos os grupos a identificação e noção de pertencimento também geram vínculos que extrapolam o espaço do

grupo, possibilitando melhor socialização entre os participantes, ampliando sua rede de apoio.

Conclusão

Obter Representações Sociais em pesquisas empíricas é tarefa complexa exigindo, entre outras coisas, material de entrada ou *inputs* que, uma vez processados, deem luz a resultados confiáveis, que espelhem a realidade.

Nossa hipótese é que o uso de casos que sejam previamente testados permite que o sujeito se engaje e se comprometa mais com suas respostas garantindo com isso no final melhores e mais autênticas Representações Sociais.

Além de precisarem ser testados, os casos precisam ser construídos por pesquisadores e profissionais que possuam ampla experiência no trato do tema pesquisado.

É claro também que um instrumento de pesquisa pode legitimamente conter um mix de perguntas por casos e perguntas mais convencionais.

Além de permitirem a emergência de Representações Sociais mais autênticas, o uso de casos permite em casos como o exemplificado, o aporte de úteis informações para a melhoria de eficácia dos serviços.

Referências

BRASIL. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas – 2009**. Disponível em <www.aids.gov.br>, acesso em 23-out-2014.

BRASIL. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico – Aids e DST – 2013**. Disponível em <www.aids.gov.br>, acesso em 23-out-2014.

JODELET, D. Représentations Sociales: un domaine en expansion. In Jodelet, D. (org). **Les Représentations Sociales**, Paris, PUF, 1989.

LEFEVRE, A. M. C. (Org.); PECCI, C. (Org.); SCHOEPS, D. (Org.); LEFEVRE, F. (Org.); BUENO, R. (Org.). **A voz dos meninos**. 1. ed. São Paulo: CENPEC, 2014. v. 2000. 158p

LEFEVRE, F., LEFEVRE, A.M.C. **Pesquisa de Representação Social. Um enfoque qualiquantitativo**. Brasília: Liberlivro, 2010

LEFEVRE, F. (Org.); LEFEVRE, A. M. C. (Org.). **Aconteceu ...e daí? Pílula do dia seguinte. Atalhos e Caminhos**. São Paulo: Instituto de Pesquisa do Discurso do Sujeito Coletivo, 2010. v. 1.

Capítulo 7

PESQUISA EM COMUNICAÇÃO

E SAÚDE: UM CENÁRIO

DESENHADO NOS GRUPOS DE

TRABALHO EM CONGRESSOS

Inesita Soares de Araujo

1. Delineando e circunscrevendo os contornos - o campo

A Comunicação, como campo científico e de práticas, vem se constituindo em boa parte em suas interfaces com outros campos, de um modo geral aqueles voltados para áreas da sociedade que percebem, discutem e avançam em torno da sua dimensão comunicacional. Assim é com a saúde, a agricultura, o meio ambiente, a educação, entre outros, que passam a produzir publicações especializadas, cursos de formação em vários níveis, grupos de trabalho e pesquisa, numa relação dialética de mútua afetação, em que a complexidade e especificidades dos campos envolvidos são articuladas em prol da compreensão e avanço dessas áreas de entremeio.

Este texto se inscreve em um conjunto de reflexões sobre o campo da Comunicação e Saúde, desenvolvido a partir de nossa inserção em uma instituição de saúde pública - a Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil - no início dos anos 2000, na sequência de uma história profissional marcada pelas relações entre a Comunicação e as Políticas Públicas. Ao longo dos anos, em alguns trabalhos (ARAUJO, 2011, 2013; ARAUJO e CUBERLI, 2014; ARAUJO e CARDOSO, 2007; ARAUJO, CARDOSO e MURTINHO, 2009; CARDOSO e ARAUJO, 2009; LERNER, CARDOSO e ARAUJO, 2009; CARDOSO, 2002) apontamos questões, pautas de pesquisa, buscamos nomear, conceituar,

desenhar os contornos e especificidades desse campo e ressaltar sua dimensão científica e política, muito além de um campo de práticas.

A Comunicação e Saúde, como conjunto de práticas nas intervenções sociais promovidas pelo campo da Saúde, não é recente. Sua história registrada data dos começos do século XX, com a criação do Serviço de Educação e Propaganda, no Departamento Nacional de Saúde Pública (CARDOSO, 2002). Embora este seja um dado do caso brasileiro, se pode dizer que na América Latina foi o momento de surgimento de estruturas institucionais que especificavam a tarefa da Educação e da Comunicação (ARAUJO e CUBERLI, 2014), sempre associando as duas áreas, a exemplo do México, onde foi criado em 1921 um escritório de Propaganda e Educação Higiênicas, em 1921 (ZERMEÑO, 2012).

No entanto, como campo de investimentos político, científico, acadêmico e de produção de um pensamento crítico, se pode dizer que só nos anos 1990 é que começa a tomar corpo, pelas mãos de um grupo de profissionais da saúde, vindos majoritariamente das Ciências Sociais (mas também das hoje chamadas "Ciências da Vida"). Estes profissionais, que convergiram e se organizaram em torno do Grupo Temático em Comunicação e Saúde da ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva, foram movidos principalmente pela inquietação promovida pelos debates e movimentos que antecederam e propiciaram a criação do SUS - Sistema Único de Saúde, inscrito na constituição brasileira. O SUS, por suas concepções, princípios e diretrizes, abria definitivamente espaço para a comunicação como elemento mediador entre Estado e Sociedade, sob a égide do conceito de participação social. Esse movimento já tinha antecedentes, quando da emergência da perspectiva crítica da Saúde Coletiva, nos anos 1970/80, que por trazer os sujeitos coletivos para o centro da Saúde, tornou-se um espaço propício ao reconhecimento da importância e ao desenvolvimento da Comunicação (ARAUJO e CUBERLI, 2014).

Mas, foi de fato a emergência do SUS que impulsionou a formação e a visibilidade do campo, que, a partir de então, foi se

constituindo com mais vigor: os espaços científicos e acadêmicos foram surgindo, criadas instâncias institucionais com essa denominação e responsabilidade, implantados cursos de aperfeiçoamento e especialização voltados especificamente para a Comunicação e Saúde, trabalhos foram crescendo em número nos periódicos científicos e em congressos (diversos abrindo GTs específicos). Posteriormente, surgiram periódicos especializados, editais dos órgãos de fomento contemplando o tema (consequentemente pesquisas financiadas), um congresso especificamente da área e iniciativas de formação pós-graduada *stricto sensu*, seja através de linhas de pesquisa em Comunicação e Saúde em programas de pós-graduação em Comunicação, como de cursos de Mestrado e Doutorado específicos do campo em instituições de Saúde.¹

Antes de prosseguir, gostaríamos de ressaltar que estamos nos referindo até aqui ao caso brasileiro. A América Latina tem alguns contornos específicos e outros comuns. Os comuns advêm da conformação histórica da região, principalmente em relação às concepções, políticas e práticas de desenvolvimento, aos movimentos provocados pelas modificações do próprio campo da comunicação, assim como pelo crescimento da centralidade tanto da Saúde como da Comunicação em nossos tempos. Os específicos podem ser vinculados ao sistema de saúde, conforme apontamos mais acima e a características da organização do campo científico e acadêmico. Por outro lado, incluímos um evento de origem e realização em terras lusitanas, o que nos leva a considerar as especificidades de outros países de língua portuguesa². Podemos adiantar, ainda que com respaldo apenas de análise dos trabalhos e de acompanhamento das apresentações e debates, que as características de formação do campo são muito próximas, o que

¹ Dois exemplos expressivos desse movimento: o Programa de Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde, oferecido pelo ICICT/Fiocruz, iniciado em agosto de 2009, titulóu até hoje dezoito doutores e cinquenta e seis mestres; e a conferência Brasileira de Comunicação e Saúde, evento que até sua última edição, em 2008, congregou anualmente significativa parcela da produção da área.

² Pela baixa presença dos países africanos, talvez seja mais apropriado falar apenas de Portugal.

Comunicação, Saúde e Pluralidade: novos olhares e abordagens em pauta

nos leva a acrescentar no rol acima – ao mesmo tempo em que excluímos neste caso a formação histórica – a interferência das organizações mundiais de saúde na pauta de prioridades, assim como a similaridade teórica e metodológica na formação dos comunicólogos e jornalistas.

Por outro lado, mesmo no Brasil, ocorreram movimentos distintos, que só muito recentemente começaram a se articular. Para entender melhor esta afirmação, evocamos o conceito de lugar de interlocução (ARAÚJO, 2002), que designa o lugar que cada um ocupa no momento em que participa de uma interlocução e que modela o teor de sua fala. Esse lugar é dado, entre outras variáveis, pelo lugar institucional de fala, que em parte define seu modo de olhar sobre a realidade observada. Assim, a condição de pertencimento a uma instituição da estrutura do sistema de saúde pública do país permite que se observe e se releve certos aspectos dessa realidade diferentes de outros modos de ver e relatar, modelados por outros lugares de interlocução. Referimo-nos especialmente ao grupo que, a partir da Universidade Metodista, desenvolveu uma abordagem da Comunicação e Saúde, localizando sua origem num pensamento e um movimento norte-americano e orientando suas pesquisas para direções específicas, informadas por paradigmas específicos. Esse grupo também tem produzido análises sobre o campo, que contribuem para seu melhor delineamento, compreensão e consolidação (PESSONI, 2005, 2007; MARQUES DE MELO E PESSONI, 2010; PESSONI E SIQUEIRA JÚNIOR, 2012).

Seja por um ou outro modo de olhar, a Comunicação e Saúde tem sido objeto de atenção e neste texto ganha centralidade. A relevância que conferimos a esse objeto vem da certeza de que se trata de um campo para o qual convergem algumas disputas cruciais e da maior importância para a natureza da saúde praticada por nossas instituições. Que disputas são estas? Destacamos uma, a do lugar da comunicação no campo da saúde, que se manifesta de variadas formas, entre as quais abordamos duas.

Diversas áreas das instituições da saúde vinculam a comunicação aos seus fins, além da Comunicação e Saúde. Assim é com a Divulgação Científica, que se ocupa da disseminação e

popularização da Ciência; com a Comunicação Pública (ou científica), cujo objeto são as interações entre pares, a circulação da produção científica; as assessorias de comunicação, que recebem a incumbência da gestão da imagem das políticas institucionais; e a Comunicação identificada com um meio específico, por exemplo, a produção audiovisual ou a TV.

Todos são campos que compartilham alguns interesses e práticas, mas também guardam diferenças quanto aos seus objetivos e lugares institucionais e não raro disputam recursos, lugares de reconhecimento e visibilidade institucional, que estão relacionadas a facilidades de obtenção de recursos financeiros. Portanto, a denominação dessas áreas e a delimitação de sua abrangência não são da ordem semântica ou acadêmica, mas política e institucional. Temos aqui um fator que dificulta articulações produtivas e demanda mais nitidez na constituição de cada âmbito. Estes movimentos ocorrem num tempo e espaço nos quais se discute e se deseja a interdisciplinaridade e presenciamos a constante e progressiva dissolução dos limites disciplinares e novos desenhos temáticos. Contraditoriamente, os cenários institucionais seguem marcados pela segmentação e pela compartimentalização dos esforços.

O segundo ponto vem associado ao primeiro: a nomeação do campo. São muitos os modos correntes de designação dessa relação entre comunicação e saúde, variando o elemento linguístico que promove a articulação entre os dois campos, sendo os mais frequentes "para", "em", "na", "e". Porém, o que a um olhar pouco atento pode parecer uma diferença irrelevante, não o é. Cada um desses conectivos implanta uma relação de natureza distinta. O modo de nomear produz sentidos que especificam atributos dessa relação e de cada campo *per se*. Assim, não é a mesma coisa, por exemplo, falar "comunicação em saúde" e "comunicação e saúde".

De um modo geral, as denominações mais correntes ainda são "em saúde", "na saúde", "para a saúde". Embora sejam usadas indistintamente para designar as práticas de comunicação, entendemos que apontam para nuances dessa relação, designando conteúdos (em saúde), localização (na saúde), serviço (para a saúde). Todas implantam uma relação de subalternidade entre os

dois campos, sendo a comunicação percebida de forma subsidiária e secundária em relação à saúde, além de compartilhar a propriedade de tornar a comunicação uma prática ideologicamente neutra, esvaziar a comunicação de seu potencial como lugar de relações de poder, portanto um lugar político.

Quando optamos pela designação Comunicação e Saúde, fazemos uma escolha não só linguística, mas epistemológica e política. Buscamos implantar uma relação de equivalência e de complementaridade entre dois campos, que nessa relação aportam suas especificidades: discursividade, historicidade, agendas, lutas, agentes. Equivalência, porque são campos autônomos; complementaridade porque - uma vez conectados, um passa a ser condição de existência do outro.

Essas afirmações pedem algumas explicitações. Começamos pela noção de "campo", que aqui se filia à perspectiva bourdieana, portanto eliminando a possibilidade de entendimento de uma área meramente disciplinar, técnica ou que privilegie qualquer uma das dimensões da prática social. Ao contrário, a noção de campo diz respeito a um amplo conjunto de elementos que se articulam num espaço multidimensional e que inclui desde a formação histórica até os agentes, seus interesses, lutas, agendas políticas e técnicas, negociações, dispositivos de visibilização; por teorias, metodologias, epistemologias, discursividades; por capitais, sujeitos individuais e coletivos, políticas e práticas. Um espaço estruturado de relações, no qual forças de poder desigual lutam para transformar ou manter suas posições (BOURDIEU, 1989; CARDOSO e ARAUJO, 2009).

Seguimos com a ideia de "saúde" que aqui se presentifica. De um modo geral, sintético e para os fins deste trabalho, podemos tomar como ponto de partida a definição da Organização Mundial de Saúde (1978), que estabelece a saúde como um direito humano e fundamental, não se limitando à ausência de doença, mas dizendo respeito ao que se chamou "completo bem estar físico, mental e social". O conceito é bastante amplo, incluindo como condições para a saúde o desenvolvimento econômico e social e a paz no mundo. No entanto, essa definição tem que ser vista em perspectiva, acrescentando-se a ela alguns elementos que permitem

Comunicação, Saúde e Pluralidade: novos olhares e abordagens em pauta

contrapor a uma situação ideal de saúde a existência de desigualdades sociais que condicionam e determinam o acesso a essas condições.³

Por fim, a comunicação da qual aqui falamos não se trata do clássico entendimento de um processo linear de transmissão de mensagens entre dois polos, um emissor e um receptor, mas de um processo social de produção dos sentidos, de natureza reticular e multidirecional, que opera ao modo de um mercado, no qual os interlocutores buscam fazer circular seu próprio modo de entender as coisas da vida e do mundo (ARAUJO, 2003); em outros termos, disputam o poder simbólico, poder de fazer ver e fazer crer, de constituir o dado pela enunciação (BOURDIEU, 1989). Trazendo a definição para o campo da Comunicação e Saúde e qualificando seus termos, podemos falar numa comunicação que idealmente não se ocupe apenas da dimensão informacional, nem da prática hegemônica de oferecer à população normas e prescrições quanto a hábitos considerados "saudáveis", mas que se preocupe em criar canais e formas de escuta da população, no contraponto ampliando e fortalecendo os canais de expressão, numa perspectiva de equidade. Que reconheça a dimensão política das práticas. Que entenda que "contexto" é palavra chave para a efetivação da participação desejada pelo ideário do SUS e que a pesquisa em comunicação e saúde privilegie a produção de conhecimentos sobre os diversos contextos existenciais e comunicacionais da população. Que defenda que a comunicação deve ser incluída entre os determinantes sociais da saúde, pelo seu potencial de produção ou superação das desigualdades. Que acredite que a luta pela democratização da comunicação é fundamental para o sucesso da luta pelo direito a uma comunicação democrática na saúde (ARAUJO, 2013).

Todo ato de nomeação é ideológico, expressa concepções e posições, que levam a privilegiar temas e questões, estratégias e agendas (CARDOSO e ARAUJO, 2009). As nomeações que qualificam a Comunicação como secundária e subalterna à Saúde

³ Há todo um debate teórico, epistemológico e político em torno dessa definição, que reverbera inclusive na comunicação, ao qual nos somamos, mas que não cabe trazê-lo neste texto.

Comunicação, Saúde e Pluralidade: novos olhares e abordagens em pauta

não só são produto como produzem uma comunicação recortada pela sua dimensão instrumental, o que resulta na desqualificação institucional dos seus agentes, vistos como "tarefeiros", executores de uma tarefa de natureza técnica, no máximo tecnológica. Consequentemente, perde-se a noção de campo, que é substituída por conjunto de instrumentos a serviço da circulação dos conhecimentos científicos produzidos pela Saúde e outros campos tidos tradicionalmente como científicos. Como um efeito secundário, mas não menos nefasto, implantam uma noção de prática ideologicamente neutra, negando-se à comunicação seu potencial de mudança social. Nestes casos, sempre, saem revigorados os modelos que promovem a manutenção do *status quo*.

Em contrapartida, a "epistemologia do e" favorece a constituição de um campo que se reconhece como produtor de conhecimentos científicos, que entende e valoriza a dimensão política das relações comunicacionais e que, sem ignorar sua dimensão funcional, privilegia sua dimensão processual: é pela comunicação que se formam os sentidos da vida e do mundo que organizam as relações na sociedade; é pela comunicação que se imprime sentido às realidades, portanto que se constroem as realidades.

Essas distintas formas de percepção, nomeação e, portanto, consolidação da relação entre a Comunicação e a Saúde encontram guarida e são potencializadas em diversos espaços. Entre eles, os espaços de formação, marcadamente os de ensino formal - cursos de especialização, mestrado e doutorado - mas também os de formação profissional e de curta duração, como oficinas, atualizações etc.; a publicação da produção científica, particularmente livros e artigos em periódicos especializados; e os congressos científicos, com ou sem a publicação em anais dos trabalhos apresentados. Nos congressos, ocupam destacadamente esse lugar os grupos temáticos específicos, chamados Grupos de Trabalho, ou de Pesquisa, ou mesmo Temáticos, que aqui designaremos genericamente por Grupos de Trabalho, ou GT.

Todos eles são, além de espaços de luta por hegemonia entre as diferentes opções conceituais (em outros termos, pelo poder

simbólico), são lugares de consolidação do campo da Comunicação e Saúde, em relação a todo o campo científico. No seu esforço de ser visto e reconhecido, ele tem nos GT um lugar privilegiado de visibilização e legitimação. A existência de um GT dedicado ao tema em congressos científicos já é uma declaração de aceite do princípio de igualdade em relação aos outros campos, mais tradicionais. Além disso, a existência dos GT, por eles serem lugar de convergência não só dos diferentes, mas também dos iguais, favorece a formação de redes de interesses e de publicações coletivas. Por tudo isso, é um ótimo lugar de observação do campo, em seu processo de formação e consolidação.

Neste trabalho nos propomos a dar um pequeno passo nesta direção, ao fazer a aproximação à produção científica de alguns GT, buscando identificar rumos que podem estar sendo tomados, sobretudo em relação aos temas da Comunicação e Saúde que estão sendo privilegiados (tanto os que já são correntes, como os emergentes), problemas/temas de saúde que concentram interesses, segmentos das populações que estão sendo contemplados e metodologias que recebem a preferência dos pesquisadores. Esteve também nos objetivos iniciais do trabalho identificar as matrizes a que os trabalhos se filiam, neste caso operando com duas grandes matrizes das Ciências Sociais, em uma de suas características: a matriz positivista, que atribui ao consenso e à harmonização de interesses a possibilidade do avanço na sociedade e a matriz conflitual, que acredita que é a diferença de interesses que possibilita o movimento. Aplicadas à comunicação, elas resultam em modelos que apostam na redução das diferenças e das interferências no ato comunicativo, ou em modelos que percebem positivamente a pluralidade de interesses e modos de estar no mundo e operam com a ideia de negociação ou mesmo de luta. Os resultados obtidos neste aspecto não permitem conclusões, apenas uma aproximação.

Nosso objetivo, ao fim e ao cabo, é avançar um pouco no delineamento de um cenário da pesquisa em Comunicação e Saúde, ao tempo em que compreendemos melhor o lugar dos GT nesse cenário. Poder-se-ia perguntar por que incluir um congresso em Portugal, ao que responderíamos que, além de incluir o Brasil em

seu escopo, por se destinar a países de línguas lusófonas, a criação de um GT que acolhe explicitamente trabalhos sobre Comunicação e Saúde numa organização científico-acadêmica de Ciências Sociais na Europa é um evento que pede reconhecimento.

Por contarmos com dois GT recém-criados, com apenas uma edição, optamos por observar e analisar a produção de apenas uma edição recente de cada Congresso Científico em que funcionam os GT escolhidos, que serão descritos a seguir.

2. Apresentando os Grupos de Trabalho

Não são muitos os GT especializados em Comunicação e Saúde e aqui foram considerados aqueles dos quais temos conhecimento. Por outro lado, os trabalhos em Comunicação e Saúde não são apresentados apenas nesses GT, espalhando-se por muitos outros, vinculados à teoria, metodologia, epistemologia, política, meio ambiente, violência, gênero, drogas entre outros. Portanto, desde já ficam estabelecidos os limites de nossa iniciativa. Foram selecionados os seguintes GT:

2.1 Grupo Temático Comunicação e Saúde - GTCOM

√ Vinculado à ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva, tem caráter permanente e, como os demais GT da entidade, reúne seus associados e recebem a incumbência "de debate e de constituição de campos críticos dentro das discussões da saúde em instituições de ensino, pesquisa e serviço"⁴, sendo parte da estrutura consultiva e de assessoramento da ABRASCO.

√ Criado em 1994, tem "como principal proposição o reconhecimento de que a comunicação é uma dimensão central da saúde e fundamental para as propostas da Reforma Sanitária e do Sistema Único de Saúde – SUS".⁵ Seus membros se articulam em torno de três eixos, política, formação e pesquisa, conjugando

⁴ Site da Abrasco, <http://www.abrasco.org.br/site/sobreaabrasco/>, acessado em 01/12/2014.

⁵ Regimento Interno do GTCOM.

Comunicação, Saúde e Pluralidade: novos olhares e abordagens em pauta

pesquisa e desenvolvimento metodológico, assessoria e cooperação técnica, desenvolvimento de políticas e estratégias.

√ Como grupo, e de forma mais regular, o GTCom participa dos congressos nacionais da Abrasco - Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, que ocorre a cada três anos. Nestes, promove cursos, oficinas, seminários, mesas redondas, palestras e outros eventos.

√ Nosso olhar recaiu sobre a produção registrada no 10.o Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, ocorrido em 2012, na cidade de Porto Alegre, RS.

2.2 Grupo de Trabalho Comunicação e Saúde (Comunicación y Salud)

√ Vinculado à Associação Latinoamericana de Pesquisadores em Comunicação e Saúde, que realiza congressos bienais, nos quais seus GT promovem sessões científicas de apresentações de trabalhos.

√ Criado em 2004, passou por uma reorientação em 2012. Com uma coordenação renovada a cada 4 anos, não possui membros permanentes, sendo constituído a cada edição dos congressos. Seus membros são pesquisadores de países da América Latina, mas também acolhe trabalhos vindos da Espanha e Portugal. De um modo geral, os pesquisadores brasileiros predominam numericamente.

√ Tem como objetivo "contribuir para a compreensão e consolidação do campo da Comunicação e Saúde" e entende que "as mudanças sociais, políticas, culturais e tecnológicas no mundo contemporâneo afetam os cenários e as práticas de comunicação e saúde e demandam estudos que permitam sua leitura, interpretação e ação".⁶

⁶ Site da ALAIC, <http://www.alaic.org/site/grupos-de-trabalho/gt5-comunicacao-e-saude/>, acessado em 02/12/2014.

Comunicação, Saúde e Pluralidade: novos olhares e abordagens em pauta

√ Foi considerada a produção registrada no XII Congresso Latinoamericano de Pesquisadores da Comunicação, realizado na cidade Lima, no Peru.

2.3 Grupo Temático Comunicação, Saúde e Sociedade.

√ Teve sua constituição em 2013, atendendo chamamento do VI Congresso Brasileiro das Ciências Sociais e Humanas em Saúde (CBCSHS), realizado no âmbito da ABRASCO, sob a égide do GT Ciências Sociais na Saúde.

√ Foi um dos dois GT com maior número de trabalhos apresentados. Sua ementa afirma que "o GT se propõe como espaço para a reflexão crítica e interdisciplinar acerca dos processos de produção, circulação e apropriação de discursos e saberes que constroem as interfaces entre comunicação e saúde, assim como sobre as mediações e contextos que os atravessam e constituem".⁷

√ Levamos em conta a produção desse congresso em 2013, ocorrido na Cidade do Rio de Janeiro, RJ.

2.4 Grupo de Trabalho Informação, Comunicação e Saúde em Países Lusófonos

√ Realizou sua primeira edição em 2015, no XII Congresso Luso Afro-brasileiro de Ciências Sociais em Saúde (ConLab), filiado este à Associação Internacional de Ciências Sociais e Humanas em Língua Portuguesa (AILPcsh).

√ Na sua ementa, partindo da premissa de que "A transversalidade da comunicação e o caráter interdisciplinar da saúde produzem e disseminam diversos sentidos de saúde", seus coordenadores afirmam que, "visando compreender as práticas sociais e como ela se torna um dispositivo eficaz nos discursos científicos, mercadológicos e midiáticos, o Grupo de Trabalho tem interesse

⁷ Site do VI CBCSHS. Disponível em: http://www.cienciassociaisesaude2013.com.br/gt/ementa_gt.php#27, acessado em 10/12/2014.

Comunicação, Saúde e Pluralidade: novos olhares e abordagens em pauta

em agregar estudos que evidenciam características políticas e institucionais destas interfaces nos países lusófonos".⁸

√ Foi examinada a produção apresentada no XII ConLab, realizado em Lisboa, Portugal.

2.5 Grupo de Pesquisa Comunicação, Ciência, Meio Ambiente e Sociedade

√ Vinculado à Sociedade Brasileira de Pesquisadores em Comunicação - Intercom, este GP foi aqui incluído, apesar de não nomear a Comunicação e Saúde em seu título, por ser o GP da Intercom que abre espaço específico para acolher os trabalhos desse campo. Anteriormente, houve um grupo específico, que foi substituído pelo atual, mais abrangente, também englobando, entre outras, as áreas de jornalismo científico, a divulgação científica e a comunicação pública da ciência. No entanto, a produção em Comunicação e Saúde no GP é bem significativa, sendo que em um dos anos foi necessário operar com dois grupos simultaneamente, sendo um específico da Comunicação e Saúde.

√ Os congressos da Intercom são anuais, mesma periodicidade das edições do GP.

√ A ementa do GP nomeia uma ampla gama de temas de interesse, compreendidos como " pesquisas, reflexões, estudos empíricos e pesquisas aplicadas sobre as práticas sociais da Comunicação relacionadas a ciências, tecnologias e meio ambiente".⁹

√ Foi considerada a produção científica do GP no XXXVI Congresso da Intercom, realizado em Foz do Iguaçu - PR, em 2014.

3. Analisando a produção dos GT

⁸ Resumo da proposta do GT, apresentada em email circular do dia 11/08/2014. Informações sobre o congresso e a organização promotora (AILPCSH) podem ser obtidas no site <http://www.ailpcsh.org>.

⁹ Ementa do GP, <https://cocimes.wordpress.com/ementa/>

3.1 Modo de trabalhar

Nosso *modus operandi* foi eminentemente descritivo. Inicialmente consideramos um trabalho de natureza qualiquanti, mas nos deparamos com um universo ultrafragmentado, nos levando a desistir de apresentar os temas em seus valores numéricos. Adicionalmente, muitos trabalhos transitam por mais de um recorte, tornando impossível qualquer contabilidade. O recurso foi considerar que o resultado deveria ser visto em perspectiva relacional, caracterizando-se assim o que poderia ser entendido como tendência (no patamar mais baixo de incidência) e o que seriam os recortes dominantes.

Considerando a necessidade de padronizar o procedimento metodológico e levando em conta que em dois dos GT só foram disponibilizados os resumos (ConLab e Abrasco), foram examinados os resumos de cada trabalho. Isto acarretou limitações ao nosso intento, uma vez que os resumos nem sempre apresentam as informações essenciais do trabalho em questão. Em todas as vezes que tivemos dúvidas e os *papers* estavam disponíveis foi possível recorrer a eles. No entanto, algumas lacunas ainda persistiram nos mesmos. Deste modo, o recorte metodológico foi o mais prejudicado, denotando uma dificuldade inerente ao campo que certamente merece atenção e que retomaremos mais adiante.

Os trabalhos foram observados em cinco recortes:

- √ Temáticas comunicacionais
- √ Temáticas da saúde
- √ Segmentos da população
- √ Metodologias
- √ Matrizes teóricas

Este último, apesar da sua não efetivação adequada, justamente pela limitação dos resumos, está aqui incluído por nos permitir tecer alguns comentários referentes ao modo como os GT

vêm se organizando e refletindo outros elementos externos a si, mas que igualmente são conformadores do campo.

3.2 Cenário

3.2.1 Temáticas comunicacionais.

Do conjunto analisado emerge um tema como o que recebe maior atenção: **Produção de sentidos da saúde e das doenças pelos meios de comunicação**. Associado a outro – **Cobertura midiática sobre saúde** – apontam para uma indubitável predominância de preocupações referidas à mídia. A distinção entre os dois está nos objetivos e decorrente metodologia, sendo que o primeiro foca seus interesses nos processos simbólicos de significação da saúde, enquanto que o segundo busca mais caracterizar e valorar a presença do tema saúde nos meios de comunicação. A preocupação com a mídia também está fortemente presente num dos temas que aparecem como emergentes: a relação entre **Mídia, midiatização e medicalização**.

A dimensão simbólica é também objeto de forte atenção em outros dois temas, **Produção, circulação e apropriação de discursos** e **Representações sociais e percepções sobre temas da saúde**.

A dimensão tecnológica diz presente em trabalhos sobre **Impacto e possibilidades da Internet e mídias sociais**, nos que relacionam **Novas tecnologias e configurações sociais**, nos que examinaram os modos de **Utilização das Tecnologias de Informação e Comunicação** e em uns poucos que se preocuparam com o tema das **Redes Comunicacionais**. No seu conjunto, ainda não configuram uma preocupação expressiva.

A comunicação interpessoal foi contemplada em diversos trabalhos, sempre em contextos específicos, sendo englobados no recorte **Comunicação interpessoal e intercultural nos contextos de saúde**, mas também observada nos espaços institucionais, ao que nomeamos **Comunicação nos serviços e ações de saúde**. As práticas institucionais foram igualmente observadas pelo ângulo dos processos de formação, em trabalhos emergentes sobre **Ensino**

da comunicação nos cursos e serviços de saúde e Perfil e formação dos profissionais de saúde e de comunicação e saúde.

Um grupo bastante significativo de trabalhos ocupou-se de examinar **O campo da Comunicação e Saúde**, de modo mais abrangente ou enfocando os **Atores da Comunicação e Saúde**, abordando **Políticas de Comunicação e Saúde** ou **Enfoques teóricos e metodológicos em Comunicação e Saúde**, fazendo a crítica ou analisando aplicações de **Modelos de Comunicação e Saúde**.

Uma área de interesses que manifestou bastante vigor foi a que dá concretude à ideia de Comunicação como Direito, através de suas várias possibilidades. Assim consideramos os trabalhos que estudaram a relação entre **Comunicação, saúde e cidadania**, a **Democratização da informação, da comunicação e das TIC**, a **Inerência entre direito à saúde e direito à comunicação**. Também foram aqui englobados diversos trabalhos que contemplaram a **Relação entre comunicação e desigualdades sociais na saúde**, pelos recortes da **(in)visibilidade**, do **negligenciamento de doenças, de populações, de temáticas**.

Um grupo de trabalhos que já esteve mais presente em outras épocas compareceu de forma mais discreta: o que estuda **Estratégias, práticas, processos e produtos de Comunicação e Saúde**. O mesmo ocorreu com pesquisas sobre temas que contemplam saberes e práticas contra-hegemônicas, reunidos em **Saberes tradicionais na construção do conhecimento sobre o mundo** e **Possibilidades e limites das mídias alternativas da saúde e na saúde**.

Um grupo emergente de trabalhos que, pelo vigor de seus textos aponta para uma sólida tendência, é o que contempla a relação entre **Risco e prevenção em saúde**. Por fim, observamos um grupo de trabalhos com temas distintos, mas que apresentaram uma característica em comum, que é a relação da Comunicação com outros campos: bioética, biotecnologia, biopolítica, poder, políticas de saúde, determinação social da saúde, educação e participação social.

3.2.2 Temáticas da Saúde

Indubitavelmente quatro temas da saúde hoje atraem os olhares dos pesquisadores: **Aids, Câncer, Dengue e Saúde Mental**, apresentando-se a Aids com destaque em relação aos demais e o Câncer como novidade no cenário, uma vez que os outros já têm sido bastante estudados. Os trabalhos sobre Câncer têm privilegiado sobretudo a cobertura midiática da doença em pessoas famosas.

Outros quatro dizem presente com firmeza: o tema da **Alimentação**, aí incluídos problemas de **obesidade** (inclusive infantil) e **emagrecimento**; o tema das **Desigualdades Sociais**, englobando-se todas as formas de negligenciamento e os determinantes sociais da saúde; e a **Saúde sexual, reprodutiva e materno-infantil**.

Num terceiro patamar de interesse, localizamos, de forma difusa trabalhos sobre os seguintes temas:

- √ Sistemas de Saúde; Marketing Social da Saúde; Médicos de família, Saúde da Família; Promoção da Saúde; Relação médico-paciente
- √ Conflitos, impacto e justiça ambiental; Desenvolvimento social; Questões de gênero; Bioética, Células-tronco
- √ Anemia falciforme; Diabetes; Hipertensão
- √ Corpo
- √ Depressão; Drogas – particularmente o crack; Violência
- √ Escorpionismo; Rickettsiosis
- √ Febre amarela; Malária, Poliomielite, Tuberculose

3.2.3 Segmentos da população

Neste recorte pudemos constatar um arco um pouco menor de interesses dos pesquisadores, mas ainda assim bastante plural. Um grupo se destacou ligeiramente, o das **Populações Periféricas**, aqui incluídos: **negros, ciganos, moradores dos bairros**

periféricos, populações rurais, ribeirinhas, das ex-colônias de Portugal, crianças indígenas e afrodescendentes.

Também com alguma diferenciação encontramos trabalhos que contemplam **Profissionais dos serviços de saúde**, e **Pessoas que padecem de agravos de saúde** – com transtornos mentais, com vírus da Aids, com câncer.

Por fim, são também enfocados os **Adolescentes** e particularmente as **Meninas adolescentes, Alunos do ensino fundamental e médio, Jovens, Mulheres, Profissionais do sexo, Parteiras e Pacientes hospitalizados.**

3.2.4 Recorte metodológico

A tarefa de levantamento das opções metodológicas não pôde ser completada a contento, pela limitação dos próprios trabalhos examinados. Boa parte dos resumos não explicita a metodologia. Nos casos em que tivemos acesso aos textos completos, foi possível buscar essa informação mas, mesmo assim diversos textos não eram claros nesse sentido fazendo com que qualquer afirmação nossa sobre o processo metodológico se tornasse imprudente. Além disto, constatamos uma confusão entre método e técnicas de pesquisa, que não temos aqui a pretensão de desfazer, reportando-nos ao que foi apresentado como método. De modo que o resultado que aqui temos foi o possível de se obter, mas não pode ser considerado referente ao universo dos trabalhos considerados.

Três procedimentos merecem encimar essa relação: a **Análise de Discursos**, incluindo o método específico **Discurso do Sujeito Coletivo**; a **Análise de Representações Sociais**; e o que denominamos – ad hoc – **Análises jornalísticas mediante categorias conceituais**, grupo que compreende todos os trabalhos que fizeram análises de órgãos da imprensa tomando como referência alguma categoria conceitual analítica, como notícia valor, enquadramento, noticiabilidade.

Num segundo patamar, localizamos trabalhos com metodologia denominada **Participativa** ou **Observação Participante**, ao lado da **Netnografia** e das **Entrevistas**.

Por fim, num espectro mais amplo e difuso, registros de **Análise de Conteúdo; Análise de Mediações; Análise de Redes Sociais; Análise documental; Antropologia fílmica; Cartografias; Construção compartilhada do conhecimento; Construção de banco de dados; Construção e análise de indicadores; Estudo de caso; Fotografias; Grupo focal** (em tempos anteriores, certamente uma metodologia de agrado de muitos); **Narrativas biográficas; Questionários e Revisão bibliográfica**. Ainda é necessário registrar a modalidade **Ensaio**, que como tal não exige a explicitação metodológica.

4. O que os GT andam nos dizendo sobre a pesquisa em comunicação e saúde?

Antes que mais nada, reiteramos a certeza de que as limitações deste trabalho permitem apenas uma aproximação ao tema, que podem e devem ser completadas com outros níveis de análise e o exame de outros espaços, como os grupos de pesquisa vinculados às universidades e aos sistemas das agências de fomento¹⁰. Isto posto, gostaríamos podemos dizer que o material aqui analisado nos leva a algumas constatações e outras preocupações.

Uma preocupação diz respeito ao tema das metodologias. Um campo se afirma como científico, entre outros parâmetros, pelo procedimento científico de seus participantes. Para além do já desgastado debate entre as metodologias qualitativas e quantitativas e sua natureza científica, um dos procedimentos básicos de qualquer denominação é que a metodologia adotada seja descrita de modo a favorecer quem a deseje reproduzir ou aplicar em contextos outros. Parece que estamos a nos dever nesse quesito, ficando o alerta para os cursos de formação.

A presença marcante da mídia como objeto de interesse corresponde sem dúvida ao crescimento de sua importância na vida social, gerando inclusive o fenômeno hoje denominado midiatização da sociedade e das instituições. Mas a presença

¹⁰ Dois estudos podem ser consultados nesse sentido: Lerner, Cardoso e Araujo (2013) e Pessoni e Siqueira Júnior (2012).

Comunicação, Saúde e Pluralidade: novos olhares e abordagens em pauta

modesta da Internet como objeto nos surpreende, ficando a pergunta – sem resposta – se estamos de algum modo perdendo o bonde da história ou se estamos construindo outra história, ao colocarmos em cena outros objetos, de menos visibilidade, mas que permitam maior aproximação com setores fragilizados da sociedade.

Em relação às temáticas da saúde, poderíamos dizer que o cenário segue o padrão que se observa na própria saúde. Assim, doenças negligenciadas recebem bem menos atenção do que as que são midiáticas ou afetam regiões e setores da população com maior poder econômico.

Porém, tanto nas temáticas da comunicação como nas de saúde, a presença de temas novos, emergentes, permite perceber que o campo está em movimento e, o que é melhor, movimento no sentido do aprofundamento de um compromisso com a sociedade.

Anteriormente mencionamos o objetivo não cumprido de examinar as matrizes teóricas dos trabalhos. Certamente não seria possível avançar nisso sem a leitura completa dos *papers*, devido à insuficiência dos resumos. Mas foi possível observar uma maior presença de trabalhos filiados à matriz da produção social dos sentidos, que privilegia observar as discursividades e os processos de disputa simbólica, particularmente nos GT dos Congressos Abrasco, CBCSH e ALAIC, embora também presente nos outros dois.

Isto fica compreensível se considerarmos que os três congressos têm em sua coordenação pesquisadores que se filiam a essa tradição teórico metodológica. Os coordenadores dos GT têm entre suas atribuições propor a ementa do grupo, que é um primeiro parâmetro seletivo. As ementas dos GT explicitam suas intenções e delimitam um território de possibilidades. Em segundo lugar, os coordenadores, se não fazem pessoalmente a seleção, delegando a uma comissão, estabelecem critérios seletivos, o que de algum modo e em algum nível também desenharam o perfil dos trabalhos. Mesmo aqueles que têm a intenção e valorizam a pluralidade de abordagens – e em geral a postura tem sido esta – sua posição pessoal acaba interferindo no processo de atração de trabalhos.

Comunicação, Saúde e Pluralidade: novos olhares e abordagens em pauta

Um modo complementar de explicação ancora-se na existência do PPGICS – Programa de Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde, oferecido pela Fundação Oswaldo Cruz. Sendo atualmente o único programa de formação *stricto sensu* com cursos de Mestrado e Doutorado, seus alunos e professores inscrevem-se nos congressos, ampliando a disseminação da abordagem teórica de comunicação predominante no Programa. Os números, nesse caso, são inequívocos e tornam claras também outras predominâncias. Se tomarmos apenas o Congresso da AILPISch como exemplo, dos 36 trabalhos, 31 foram do Brasil; dos 31 brasileiros, 20 vieram da região Sudeste; destes, 12 foram da Fiocruz e alguns outros, dessa e de outras regiões, podemos considerar egressos dos processos de formação da Fiocruz ou tributários da mesma matriz.

O cenário do Congresso lusitano se repete com maior ou menor variação nos demais e nos faz ver um campo hoje marcado pela predominância de um país e nele de uma região; uma predominância institucional; pela presença expressiva dos resultados de um processo de formação em nível pós-graduado.

Desejamos terminar retomando a ideia inicial da importância do papel dos GT de Comunicação e Saúde na conformação, consolidação e legitimação do campo. Certamente eles cumprem uma finalidade da maior relevância nesse processo, possibilitando reconhecimentos, iniciativas conjuntas, coorientações, mobilidade institucional etc. Mas também podem ajudar a delinear o estado da pesquisa no campo, como parte de um necessário diagnóstico, tão necessário quanto mais considerarmos a juventude do campo, a ultraporosidade de seus contornos e a extrema mobilidade dos seus agentes.

Referências bibliográficas

ARAUJO, I.S. Mercado Simbólico: um modelo de comunicação para políticas públicas. In: **Interface – comunicação, saúde, educação**, 8(14): 165-178, set.2003-fev.2004.

_____. **Um Campo, suas Agendas e Desafios**. Palestra proferida no V Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde. São Paulo, 2011.

_____. O Campo da Comunicação e saúde: contornos, interfaces e tensões. In: XXXVI Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação, 2013, Manaus. XXXVI Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação - INTERCOM. **Comunicação em tempo de redes sociais: afetos, emoções, subjetividades**. São Paulo: Intercom, 2013. v. 1.

ARAÚJO, I. S.; CARDOSO, J. M.. **Comunicação e Saúde**. 1a.. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. 152p.

ARAÚJO, I. S.; CUBERLI, M. Comunicación y Salud: un campo en permanente movimiento. In: César Bolaño; Delia Crovi Druetta; Gustavo Cimadevilla. (Org.). **La contribución de América Latina al campo de la Comunicación. Historia, enfoques teóricos, epistemológicos y tendencias de la investigación**. 1ed. América Latina: GRC ALAIC Edic., 2014, v. -, p. 338-390.

ARAÚJO, I. S.; CARDOSO, J. M.; MURTINHO, R. A **Comunicação no Sistema Único de Saúde: cenários e tendências**. *Revista Latinoamericana de Ciencias de la Comunicación*, v. 6, p. 104-115, 2009.

BOURDIEU, P. O Poder Simbólico. Lisboa: Difel, 1989.

CARDOSO, J. M. Comunicação e saúde: notas sobre a trajetória histórica e tendências atuais. *Saúde em Foco* (Rio de Janeiro), Rio de Janeiro, v. 23, p. 17-32, 2002.

CARDOSO, J.M.; ARAUJO, I.S. “Comunicação e Saúde”. In: Pereira, I. B.; Lima, J.C.F. (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2.a ed. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2009, p. 94-103

LERNER, K.; CARDOSO, J. M.; ARAÚJO, I. S. Pesquisa e Ensino em Comunicação e Saúde no Brasil. In: João Claudio Garcia R. Lima; José Marques de Melo. (Org.). **Panorama da comunicação e das telecomunicações no Brasil: 2012-2013**. 1aed. Brasília: IPEA, 2013, v. 4, p. 235-260.

MARQUES DE MELLO, J.; PESSONI, A. 30 verbetes sobre comunicação e saúde. In: José Marques de Melo; Antonio Hohlfeldt; Sônia Virgínia Moreira; Marialva Barbosa. (Org.).

Enciclopédia Intercom de Comunicação. 1ed. São Paulo: Intercom, 2010, v. , p. -.

Organização Mundial da Saúde. Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde. 1978. Disponível em

[<bvsms.saude.gov.br/bvs/.../cartas_promocao.pdf>](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/.../cartas_promocao.pdf). Acesso em 17 mar 2015.

PESSONI, A. Comunicação para a Saúde: estado da arte da produção norte-americana. **Comunicação & Inovação**, v. 8, p. 61-64, 2007.

PESSONI, A. Contribuições da COMSAÚDE na construção do conhecimento em Comunicação para a Saúde: resgate histórico e tendências dessa linha de pesquisa. Tese de doutorado. 2005. Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo do Campo, SP.

PESSONI, A.; SIQUEIRA JUNIOR, A. I. Os grupos de pesquisa em comunicação e saúde no Brasil: perfil, produção e focos de interesse. In: XXXV Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação, 2012, Fortaleza (CE). **Anais do XXXV Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação**. Fortaleza: Intercom, 2012.

ZERMEÑO-ESPINOSA, M. E. (2012). Estrategias comunitarias de comunicación para la salud a partir del estudio de caso de una comunidad de Mexicali, B.C.; México. **Tesis (Doctorado en Comunicación Social)** - Facultad de Comunicación de la Universidad de la Habana.

Capítulo 8

A SAÚDE NAS MÍDIAS

BRASILEIRAS. EM BUSCA DA

SUPERAÇÃO DAS

SEMELHANÇAS ENTRE O

LOCAL E O NACIONAL

Simone Bortoliero

Cristina Mascarenhas

Márcia Cristina Rocha Costa

Antonio Brotas

Introdução

Nas últimas três décadas algumas pesquisas no Brasil dentro da vertente multidisciplinar que é o campo da divulgação científica, particularmente refletidas por estudiosos da Comunicação e da Cultura Científica vem indicando em seus resultados várias semelhanças nas formas de discursos, de conteúdos, de representações e de concepções de saúde e doença veiculadas pela imprensa brasileira escrita ou televisionada, seja de caráter local ou nacional.

Na Bahia, recentemente, alguns estudos deste campo, realizados dentro dos Programas de Pós Graduação em Cultura e Sociedade do Instituto de Artes e Humanidades Milton Santos - IHAC e da Pós-Graduação em Ensino, Filosofia e História das Ciências do Instituto de Física- IF, ambos da Universidade Federal da Bahia- UFBA, tem possibilitado reflexões acerca dos fatores que se impõem nos processos de divulgação dos temas de saúde. Entre eles está a falta de qualificação dos jornalistas para escrever e falar de saúde e a ausência de compreensão dos atores do setor saúde sobre a rotina produtiva das redações da imprensa baiana. Enquanto isso, a saúde é exposta na mídia como caso de polícia, propagando

o consumo de remédios e tornando a indústria farmacêutica a maior merecedora de créditos por estarmos vivos.

Na Universidade Federal da Bahia três pesquisas foram realizadas na interface entre Divulgação Científica, Cultura, Comunicação e Saúde. Sob a ótica local, a pesquisa de Cristina Mascarenhas¹, jornalista da Rede Bahia-TV Globo, investigou a veiculação de informações sobre a pesquisa de terapia com células-tronco para tratamento da doença de Chagas. Mascarenhas descreve a trajetória e a história das pesquisas com paralelo na Bahia e traça um perfil das dificuldades das mídias locais, como a TV Bahia e o jornal *ATarde* no enfrentamento da apuração dos fatos históricos e científicos e seu correlato na divulgação local.

O tema células-tronco volta a ser objeto de estudo na pesquisa de Antonio Brotas², jornalista da Fiocruz-Bahia, que investigou o tratamento dado pelas revistas nacionais, como *Veja*, *Isto É* e *Época*, tendo como recorte o debate sobre a liberação pelo Supremo Tribunal Federal-STF, do uso de células tronco embrionárias. Diferentemente de Mascarenhas, que faz uso da história das ciências em sua análise, Brotas se utiliza do método do enquadramento das notícias para analisar as diferentes fontes, como a jurídica, a científica e a dos deficientes físicos e suas estreitas relações no lobby pela aprovação das pesquisas no Brasil.

Sem ter como objeto de estudo um tema específico no campo da saúde como sugere Mascarenhas e Brotas em suas pesquisas, a professora da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Márcia Cristina Rocha Costa³, jornalista que trabalhou na TVE Bahia aponta as concepções dos jornalistas sobre saúde veiculadas no Jornal *A Tarde*, o mais antigo veículo impresso da capital baiana em atividade, que completou 100 anos em 2012.

Os resultados encontrados na Bahia não diferem de pesquisas nacionais que estão em andamento desde a década de 80

¹ Realizou o mestrado no Programa de Pós-Graduação em Ensino, Filosofia e História das Ciências da Universidade Federal da Bahia (2004)

² Doutorado no Programa Multidisciplinar de Pós-Graduação em Cultura e Sociedade da Universidade Federal da Bahia

³ Realizou o mestrado e é aluna de doutorado do Programa Multidisciplinar de Pós-Graduação em Cultura e Sociedade da Universidade Federal da Bahia

na Universidade Metodista de São Paulo, quando se organizou o ComSaúde, evento que reuniu pesquisadores da interface comunicação e saúde⁴. É sobre as semelhanças nestes trabalhos, que apesar de proporem métodos diferentes de análise, estaremos reunindo algumas contribuições para futuras análises nesta interface mídia e saúde.

Saúde como doença – as concepções no Jornal A Tarde

Costa (2008) analisou 50 edições do Jornal A Tarde entre agosto de 2005 e julho de 2006⁵, no qual a seção intitulada Observatório, atualmente Ciência & Vida, era o espaço destinado à divulgação científica. Uma pesquisa qualitativa foi realizada com os jornalistas da seção a partir de cinco eixos temáticos: as concepções de saúde e doença; concepções de ciência e tecnologia; a divulgação científica na seção; as relações de conflito entre jornalistas e cientistas; e a rotina produtiva e o fator tempo. O estudo mostra que a visão de saúde e doença dos profissionais estava inserida nos textos, reforçando o conceito de saúde predominante na cultura ocidental associado à ausência de doenças.

É o que Laplantine (2010) chama de modelo exógeno, onde a doença tem origem num agente externo, como os vírus, as condições ambientais e sociais. Essa relação de exterioridade da pessoa com a sua doença esteve presente na produção noticiosa do Observatório, voltada para a divulgação de aspectos preventivos, mostrando as causas das doenças, sintomas, consequências e formas de tratamento. Dos 75 textos classificados na categoria saúde, 32 tratavam sobre doenças, 10 deles sobre o câncer, a doença mais citada em suas diferentes manifestações. Ainda em sua análise, as tecnologias de saúde e outros produtos da ciência também apareceram no conteúdo da seção, principalmente nos textos de agências de notícias, onde se verificou também a presença

⁴ Pesquisa pioneira na investigação de temas de saúde na TV Cultura de São Paulo, a autora Simone Bortoliero resgatou os saberes profissionais de produtores e jornalistas dos programas de saúde “Receita de Saúde”, “Programa de Saúde” e “Aids: perguntas e respostas”, veiculados na década de 80 e 90.

⁵ Nesta época o jornal A Tarde era o de maior tiragem na imprensa escrita baiana.

da indústria farmacêutica travestida no discurso médico-científico. Segundo Costa, houve a reprodução de discursos que favoreciam interesses das fontes e um distanciamento do contexto local.

Em seu diagnóstico a oferta de informações provenientes de laboratórios, indústrias farmacêuticas, universidades, centros de pesquisa, hospitais e profissionais de saúde interessados em divulgar conhecimentos, produtos e serviços, facilita o contato com os jornalistas que trabalham numa rotina oprimida pelo tempo, sem a estrutura de uma editoria especializada.

Entretanto, em Salvador a dificuldade de comunicação com os pesquisadores locais, principalmente com a UFBA, a maior instituição de pesquisa da Bahia, também favoreceu o material produzido com fontes externas e distribuído pelas agências de notícias e de centros de pesquisa nacionais e internacionais.

Os resultados desta pesquisa mostram a invisibilidade da pesquisa científica na mídia impressa baiana e foi este quadro que favoreceu a criação do I Curso de Especialização em Jornalismo Científico e Tecnológico da Universidade Federal da Bahia⁶, lembrando a necessidade já citada anteriormente, de que a qualidade da informação em saúde passa pela capacitação de jornalistas especializados e pela compreensão dos profissionais de saúde de que há uma rotina produtiva nas redações.

A visão dos jornalistas sobre saúde e doença se reflete nos textos, seguindo a pretensão da cultura ocidental que favorece a concepção exógena da doença e sua relação com o meio social. Dessa forma, a prevenção contra doenças para garantir a saúde prevaleceu na abordagem das matérias no primeiro ano da seção, mesmo quando a concepção endógena aparece para tratar o problema relacionado a uma predisposição genética, ou seja, que parte do interior do próprio indivíduo e não de fatores externos.

As concepções de ciência e tecnologia dos jornalistas se distanciam da linha editorial que privilegia os temas de saúde em

⁶ O Curso foi patrocinado pela FAPESB no período entre 2010 a 2012. Em sua grade curricular houve a disciplina de Saúde e Mídia. Foi coordenado pela professora Simone Bortoliero da Faculdade de Comunicação e teve como vice-coordenação a Professora Lígia Rangel do Instituto de Saúde Coletiva, ambas da UFBA, já mostrando a necessidade de parcerias entre a Comunicação e a Saúde.

detrimento de outros campos do saber reconhecidos pelos profissionais. Dessa forma, a cobertura não corresponde à visão de ciência dos jornalistas, relacionada a uma pluralidade de saberes e grupos sociais. Por outro lado, a “mitologia dos resultados”⁷ presente nas concepções de C & T dos jornalistas aparecem nos textos que ressaltam as soluções oferecidas pela ciência e pela tecnologia, excluindo da abordagem os conflitos e incertezas dos processos da ciência.

A experiência de divulgação científica dos jornalistas do jornal baiano A Tarde relatado neste estudo mostra que, mesmo não tendo total autonomia nos espaços que trabalham, ainda assim, os jornalistas podem atuar de forma a convencer os colegas de redação, no mínimo, propor o debate para estimular um novo olhar sobre a ciência e tecnologia, capaz de romper as fronteiras da saúde para outros campos do saber.

Dessa forma, acredita-se que a mitologia dos resultados, que permeia as concepções de ciência e tecnologia dos jornalistas e se reflete na divulgação científica, possa dar lugar a uma cobertura que, além da informação, conteste a ciência, apresentando não só os benefícios dos seus resultados, mas também as suas mazelas, dando a oportunidade ao cidadão decidir o caminho a seguir.

O tratamento da mídia soteropolitana para o uso de células tronco na doença de Chagas

O crescimento das pesquisas utilizando célula-tronco, principalmente no início dos anos 2000, acompanhado também do crescente interesse dos veículos de comunicação de todo o país sobre o tema, despertaram na pesquisadora Cristina Mascarenhas o interesse pelo objeto de estudo. Nesta época, começava a ser desenvolvida na Bahia uma pesquisa com células tronco para tratar pacientes com doença de Chagas. Mascarenhas traçou então um paralelo entre a realidade dos laboratórios e a construída pelos principais veículos de comunicação do estado no tratamento do

⁷ Cascais (2010) observa a mitologia dos resultados quando a atividade científica é representada a partir de seus produtos. Um problema que surge da prática dos profissionais da divulgação e dos cientistas.

tema. O estudo abrangeu o período de janeiro de 2002, quando foram publicadas as primeiras notícias sobre a pesquisa, a dezembro de 2005, fim da primeira fase do projeto. Foram estudados os principais veículos de comunicação impressa e televisiva do estado. O sistema de busca do jornal *A Tarde* ajudou no processo de seleção e verificação de todo material produzido pelo jornal nesse período. Foram publicadas aproximadamente 40 matérias. Selecionaram-se as produzidas por repórteres locais que destacavam a pesquisa desenvolvida na Bahia e descartamos o material de agências de notícias.

Quanto à pesquisa na TV Bahia, a pesquisadora teve certa facilidade para ter acesso ao material por trabalhar na emissora. Durante os quatro anos, foram veiculadas 18 matérias nos três jornais locais, *Jornal da Manhã*, *Bahia Meio Dia* e *BATV*, além da *Rede Bahia Revista*, programa semanal que vai ao ar todos os domingos depois das 23 horas. O assunto também foi tema de um *Globo Repórter* e foram divulgadas duas matérias nacionalmente, feitas por jornalistas de Salvador, no *Jornal Hoje* e no *Jornal Nacional*. Foram escolhidas para análise apenas as matérias que tratavam especificamente da pesquisa. Além da análise do conteúdo das reportagens exibidas, Mascarenhas entrevistou os principais jornalistas responsáveis pelas notícias divulgadas e os pesquisadores envolvidos no estudo das células tronco para tratar pacientes chagásicos.

Várias semelhanças podem ser apontadas do ponto de vista local num contraponto com pesquisas nacionais dentro desta temática. Entre elas está a forte influência da indústria farmacêutica na propagação de informações sobre novos medicamentos e de outros produtos tecnológicos, criando a necessidade de associar saúde com acesso a melhores equipamentos e terapias em clínicas especializadas e hospitais, ou seja, no sistema terciário, mais caro e oneroso (MASCARENHAS, 2004).

Em meados dos anos 90, novas formas de interpretação, como trabalhos publicados sobre os processos desse fazer jornalístico – os saberes profissionais - e de análises baseadas numa história da ciência para interpretar o jornalismo, vão se

configurando numa nova vertente na leitura da veiculação dos temas de saúde.

Numa breve revisão sobre a história da ciência, no caso da doença de Chagas e as intervenções recentes da terapia com células-tronco, verificou-se que boa parte da imprensa brasileira, no seu critério de pauta, não busca explicar os aspectos sociais e econômicos que envolvem os chagásicos, não associa as áreas endêmicas da doença com a pobreza e como consequência a falta de infraestrutura para a realização de transplantes cardíacos e muito menos as condições para que o uso destes procedimentos se concretize. Geralmente o chagásico é um indivíduo sem recursos, e aí temos um segundo problema, porque para a realização do transplante cardíaco tradicional a condição *sine qua non* é que você tenha condição de pagar o medicamento que você vai tomar para o resto da vida.

Essas relações são de difícil diagnóstico para jornalistas despreparados e que não compreendem a necessidade de pautas multidisciplinares na cobertura destes temas.

O enfoque da mídia brasileira passou a ser unicamente a realização do transplante com uso de células-tronco, sem esclarecer aspectos fundamentais sobre a falta de infraestrutura hospitalar e de equipes cardíacas em áreas endêmicas. Neste sentido, é justo um olhar menos conteudista sobre a mídia nacional e mais aprofundada na história desta pesquisa em Salvador e a forma como foi tratada pela imprensa local, numa tentativa de desmistificar o uso desta tecnologia e apresentar suas significações.

Enquanto a divulgação nacional incluía verdades e mentiras que se mesclavam numa avalanche de informações que causaram angústia, revolta e descrédito dos indivíduos que necessitavam entender tais procedimentos científicos sobre o uso de células tronco para se posicionarem com relação à busca deste tipo de tratamento, na Bahia as abordagens eram superficiais e mercadológicas, como é o caso das notícias envolvendo a terapia com células-tronco, que podem trazer resultados, mas que ainda são pesquisas inconclusivas e precisam de tempo para ser avaliadas, principalmente nos casos de indivíduos que já receberam injeções de células-tronco e começaram a apresentar uma melhoria

na qualidade de vida. Segundo Mascarenhas, surgiram conflitos entre uma história da ciência associada ao caso da terapia de células-tronco para doença de Chagas, especificamente no nordeste do país, no estado da Bahia, e uma história construída pelos principais veículos de comunicação da Bahia no campo da divulgação impressa e televisiva.

Outro aspecto diagnosticado diz respeito à omissão, ou seja, o fato da doença de Chagas estar entre as muito negligenciadas, ou seja, aquelas que recebem apenas 10% do investimento anual em pesquisa em saúde apesar de atingirem 90% da população mundial. É o que o Fórum Global de Saúde chamou de hiato 10/90.

Enquanto isso, a pesquisa científica desenvolvida no nordeste, especificamente na Bahia, produzia como resultado uma experiência pioneira no mundo, o primeiro transplante com células-tronco para tratar a doença de Chagas. Há mais de 30 anos não existe investimento no desenvolvimento de uma droga nova no mundo, para a doença de Chagas, justamente porque falta interesse da indústria farmacêutica.

As pesquisas sobre doenças de Chagas no Brasil existem há mais de 90 anos e segundo o pesquisador Ricardo Ribeiro⁸, que trabalha com células-tronco em pacientes chagásicos, 70% dos doentes com o mal de Chagas não irão morrer por causa da enfermidade. Estes indivíduos desenvolvem ao longo de suas vidas uma convivência com o parasita. São indivíduos infectados, mas que a doença não se manifestou. No caso do noticiário analisado na época⁹, percebemos que o uso de células tronco surge como informação associada à cura de doenças, especificamente para os portadores de Chagas, exatamente o mesmo diagnóstico de Costa (2008) quando interpreta as concepções dos jornalistas na Bahia e

⁸ Ricardo Ribeiro, médico responsável pelo desenvolvimento da pesquisa com células-tronco para tratar pacientes chagásicos no Hospital Santa Isabel em Salvador. Foi fonte de informação para diversos veículos na Bahia e no Brasil.

⁹ Esta pesquisa resultou em dissertação de mestrado defendida por Cristina Mascarenhas junto ao Programa de Pós-Graduação em Ensino, Filosofia e História das Ciências do Instituto de Física da Universidade Federal da Bahia no ano de 2004.

demonstra a relação com uma visão cultural de saúde baseada na cura de doenças.

A história do uso de células-tronco não avança na mesma velocidade das informações divulgadas pela imprensa nacional. Em 2001, o pesquisador italiano Piero Anversa, publicou um trabalho, onde relatava o uso de células-tronco de medula óssea no enfarte de ratinhos, que serviu como base para futuras investigações. O uso destas células-tronco em ratos fazia com que a lesão do coração melhorasse de forma significativa. Este foi o trabalho pioneiro de células-tronco em cardiopatia, experimental, mas que teve um impacto muito grande. Na Bahia, a Fiocruz já tinha em seu biotério, um dos maiores da América Latina, o modelo em camundongo da doença de Chagas crônica e, imediatamente, já em 2001, os pesquisadores da instituição começaram a testar o que as células-tronco de medula faziam nesses ratinhos.

Quase dois anos depois, em 2003, esta terapia já havia sido testada em mais de 1000 animais e se confirmava uma melhora na inflamação do coração, segundo o pesquisador Ricardo Ribeiro. Os pesquisadores deduziram que a terapia poderia se traduzir num tratamento para pacientes graves. Mas quem seriam os beneficiados por este tipo de tratamento? No discurso da mídia, isto também não fica evidente ou claro. Para os pesquisadores, seriam pacientes que geralmente têm falta de ar às vezes só de falar ou então perdem o ar com exercícios mínimos, como tomar banho, trocar ou vestir uma roupa. São indivíduos totalmente alijados do convívio familiar e social afastados do trabalho, aposentados e totalmente sem qualidade de vida.

Diante deste quadro e buscando como objetivo a melhoria da qualidade de vida, é que após os dados experimentais obtidos com ratinhos em laboratório, a equipe do Dr. Ricardo Ribeiro, em parceria com pesquisadores do Hospital Santa Izabel, na cidade de Salvador, iniciou os testes em humanos. Para isso, foi necessário que a equipe se submetesse a um protocolo, enviado à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, para que este aprovasse a realização das cirurgias. Os transplantes foram autorizados depois de um ano, justamente porque havia dúvidas quanto ao uso de células-tronco em transplantes e as consequências que poderiam ser

desastrosas, podendo levar pacientes a morte por arritmia cardíaca. Mas desastrosa foi a espera pela aprovação, pois durante o período de espera desta autorização, que foi de 12 meses, dos 15 pacientes selecionados apenas quatro sobreviveram. Nenhum veículo trouxe essa realidade à tona, ninguém enfocou o processo burocrático necessário e as suas consequências. Somente em julho de 2003, o transplante foi realizado num paciente extremamente grave, que sentia problemas respiratórios com a realização de esforços mínimos.

A terapia foi utilizada em 30 pacientes, que foram acompanhados durante um ano. A melhoria foi percebida exatamente no quesito, condição do coração como bomba, conhecida por fração de ejeção. Segundo Ribeiro, destes 30 pacientes apenas três vieram a óbitos, mas não com problemas associados a cirurgia, mas em consequências dos problemas já provocados pela doença de Chagas. Enquanto a imprensa associava o método de terapia celular com a cura da doença, os pesquisadores mostravam que o método não trazia efeitos colaterais e poderia haver sucesso terapêutico.

Um dia após a realização da primeira cirurgia, a TV Bahia divulgava uma matéria, feita pelo repórter José Raimundo, destacando o pioneirismo da cirurgia e estipulando o prazo de dois meses para se comprovar a eficácia do tratamento. A matéria foi veiculada no dia 18 de junho de 2003 e quase três anos depois, essa eficácia ainda não podia ser comprovada, afinal a pesquisa ainda estava em andamento. Outro aspecto sem clareza no noticiário brasileiro diz respeito à população de células-tronco que temos em uma medula óssea. Segundo os pesquisadores da Fiocruz/Bahia, temos menos de 1%, ou seja, quase 90% daquilo que é injetado não terão efeito de célula-tronco. É preciso deixar claro ainda qual o tipo de célula-tronco que pode ser utilizado. As células do cordão umbilical, por exemplo, não tem efeito em pacientes com doença de Chagas. A esperança pode estar então na célula do dente de leite e nas células do tecido adiposo, mas ainda se encontram em fase de pesquisa.

Na abordagem feita pelo jornal A Tarde, os mesmos problemas são evidenciados. Os resultados da pesquisa são

transformados em produtos noticiáveis. O ato de informar não está associado à prestação de serviço à sociedade, mas ao objetivo do meio em vender jornais ou atrair audiência. Sem dominar o discurso científico, os meios de comunicação adotam uma concepção ingênua de ciência pautada na tradição lógico positivista que está diretamente associada a sua natureza e está de acordo com os seus critérios de noticiabilidade¹⁰. A ciência exposta seguindo esses padrões lembra a analogia de Latour, em que a ciência é apresentada como uma caixa preta (LATOURE, 2001).

O debate sobre aprovação de terapia celular no Supremo Tribunal Federal e a cobertura das revistas nacionais

Segundo Brotas, foram escolhidas as principais revistas semanais, não especializadas, em circulação no País (*Carta*

¹⁰Em *Ideologia e Técnica da Notícia*, Lage (p. 51 - 53) traz uma série de conceitos elaborados por diversos autores para tentar definir o que é notícia. “Eis algumas definições tradicionais: a) ‘Se um cachorro morde um homem, não é notícia; mas se um homem morde um cachorro, aí, então, é notícia e sensacional.’ (Amus Cummings); b) ‘É algo que não se sabia ontem.’ (Turner Catledge); c) ‘É um pedaço do social que volta ao social.’ (Bernard Voyenne); d) ‘É uma complicação de fatos e eventos de interesse ou importância para os leitores do jornal que publica.’ (Neil MacNeil); e) ‘É tudo o que o público necessita saber; tudo aquilo que o público deseja falar; quanto mais comentário suscite, maior é seu valor; é a inteligência exata e oportuna dos acontecimentos, descobrimentos, opiniões e assuntos de todas as categorias que interessam aos leitores; são os fatos essenciais de tudo o que aconteceu, acontecimento ou idéia que tem interesse humano.’ (Collier Weekly); f) ‘Informação atual, verdadeira, carregada de interesse humano e capaz de despertar a atenção e a curiosidade de grande número de pessoas.’ (Luís Amaral). Para Hohenberg, ‘os fatos que são ou não notícias variam de um dia para o outro, de país para país, de cidade a cidade e, sem dúvida, de jornal para jornal’. Os autores marxistas destacam em geral o tratamento dado à notícia como objeto de consumo e relacionam sua crescente centralização às tendências da sociedade. ‘A força motriz do processo de monopolização da comunicação de massa no mundo imperialista deve ser buscada tanto nos fatos políticos quanto econômicos’, escreve exemplarmente Ivã Tomasov.” Lage conclui que nenhuma destas definições é capaz de isoladamente definir notícia, mas elas reúnem características que vão constituir os componentes básicos da notícia: lógico e ideológico.

Capital, Veja, Isto É e Época), no período de maio de 2005 a dezembro de 2008 e verificado se houve controvérsia do uso de embriões humanos nas pesquisas com células-tronco, que culminou com o julgamento da Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADIN 3150) pelo Supremo Tribunal Federal (STF).

A cobertura noticiosa da ciência e da saúde é ordinariamente marcada pela hegemonia, quase exclusiva, das fontes especializadas, principalmente pelos cientistas e médicos. Outros profissionais de saúde, gestores e pacientes esporadicamente são convocados a participar, a não ser enquanto confirmadores de informações já referendadas por fontes chamadas especializadas. O movimento e associações realizados pelos pacientes, capturados pelo texto jornalístico, seja para apoiar, condenar ou mesmo abster-se em relação à aprovação das pesquisas, indica os embates contemporâneos entre saberes e a legitimidade pública dos mesmos, bem como evidencia as estratégias que os agentes utilizaram para buscar uma inserção mais competitiva no debate público.

Neste trabalho observa-se uma crítica ao modelo de jornalismo sobre a ciência e que tem implicações diretas na veiculação de informações sobre saúde, ou seja, esse tipo de jornalismo divulga uma ideia que a percepção sobre a produção dos fatos científicos não interessa a outros agentes. Apenas os cientistas estariam autorizados a falar em nome das questões que envolvem a ciência. O modelo, que se tornou hegemônico, toma a divulgação como suficiente para a compreensão pública da ciência e busca impor-se mesmo em momentos de controvérsia pública, quando os fatos científicos não estão consolidados (LATOURET, 2001; ABROMOVAY, 2007)

A análise da controvérsia em torno das células-tronco embrionárias no Brasil confirma em certa medida a manutenção deste modelo, mas, ao mesmo tempo, aponta que a cobertura jornalística de uma controvérsia apresenta variações importantes ao indicar elementos da rede de produção dos fatos científicos, uma vez que nestas ocasiões os cientistas tendem a demonstrar mais facilmente que o laboratório sozinho não garante a estabilização destes fatos. Os cientistas entram publicamente em ação e articulam

a defesa dos seus interesses com movimentos de pacientes, jornalistas, promovendo tensões com o modelo de divulgação calcado na divulgação de experimentos bem sucedidos.

Mas qual era o debate promovido pela mídia nacional? A polêmica emerge, no Brasil, em meio ao debate do Projeto de Lei enviado pelo Executivo a Câmara dos Deputados, no dia 31 de outubro de 2003, que versava sobre normas de segurança e fiscalização das atividades relativas aos Organismos Geneticamente Modificados (OGM). Cesarino (2006) descreveu como ocorreu a evolução argumentativa em relação ao debate no legislativo. A estratégia dos cientistas e seus apoiadores incluíam primeiramente dar como certo o descarte desses embriões, logo eles não teriam utilidade alguma. Numa perspectiva utilitarista, a questão colocada foi: utilizar estes embriões em prol do desenvolvimento científico e do progresso social ou deixarem virar lixo, descartados pelas clínicas, mesmo que o descarte não fosse legal.

Outra estratégia foi promover a mudança de categoria reivindicando a alteração do termo embrião, por “pré-embrião”¹¹, já que este estaria na fase blastocisto, ou seja, não correspondendo à “idade” do embrião implantado no útero da mulher. No entanto, a promessa de cura de doenças crônicas e degenerativas foi uma das estratégias mais utilizadas, opondo, inclusive, imagens de blastocistos, pessoas normais e pessoas portadoras de deficiências. Na realidade, não seria qualquer embrião em questão. O embrião coisificado, objetivado, que serviria de matéria-prima para as pesquisas ou seriam jogados no lixo. Defenderam-se o uso dos embriões supra numérico, não todos os embriões.

Os jornalistas que cobrem ciência e saúde lidam cada vez mais com as controvérsias, as quais evidenciam a insuficiência da chamada mitologia dos resultados para a cobertura jornalística desta dimensão do social (CASCAIS, 2003). Entretanto, pensar a divulgação e o jornalismo como elementos de uma complexa rede de produção e consolidação de conhecimentos é pensá-los para além da sua capacidade de difundirem informações provenientes de

¹¹ O termo pré-embrião corresponde ao estágio de desenvolvimento do embrião anterior ao aparecimento da chamada linha primitiva, que dará origem à medula espinhal. (LUNA, 2007)

vozes autorizadas da ciência e da saúde, prática hegemônica que tem como lastro explicativo a crença de que apenas a informação é suficiente para mudar o comportamento e as opiniões dos indivíduos.

Considerações Finais

Dois aspectos são relevantes nestas considerações sobre a divulgação de temas de saúde, seja nas mídias locais ou de circulação nacional. Em primeiro lugar o conceito de notícia associado à ideia de mercadoria nos parece ainda um eixo central, ou seja, há uma lógica capitalista regendo os sistemas de divulgação independente dos temas veiculados e saúde não está imune a este fato. Dentro deste eixo, temos aquilo que é vendável ou que traz audiência e a saúde pública brasileira nestas décadas continua a ser penalizada pela mídia que denuncia casos de desvio de verbas e má qualidade no atendimento das populações. Isto é um fato, se sensacionalista ou não, é um fato associado à ideia da denúncia, que traz resultados financeiros para as empresas de comunicação, ou seja, quanto maior a tragédia maior será o espaço de divulgação.

Em segundo lugar há uma propagação de uma visão cultural da saúde da própria medicina ocidental apoiada pela indústria farmacêutica. Isto está refletido nas páginas dos jornais e revistas e nas reportagens televisivas. O espaço reservado para outros tipos de fontes não especializadas, não científicas é desprezado nessa lógica.

Temos que reconhecer que o leque da programação televisiva sobre temas de saúde, em TVs à Cabo nas últimas décadas, possibilitou a uma minoria de telespectadores acesso a programas de qualidade, enquanto a grande maioria do público brasileiro assistia aos programas de baixa qualidade das TVs comerciais. Neste período tivemos um “boom” de programas de saúde na televisão no formato “entrevista”, uma preocupação excessiva com a divulgação de tecnologias sofisticadas em vez de informações preventivas, caso comum da divulgação dos produtos da indústria farmacêutica. A mídia contribuiu e produziu a

“espetacularização da doença” e a valorização do sensacionalismo, além da ausência de uma ética na produção de pautas de interesse público (BUENO, 2007a).

Mas no final do século XX, havia sinais do reconhecimento do papel do jornalismo na divulgação do conhecimento já sistematizado no campo da saúde em detrimento da divulgação do conhecimento apenas de “ponta” e também se constituía um grupo de interlocutores que comungavam da opinião de que as mudanças de hábitos no caso da saúde humana não estavam ligadas a meras inserções na imprensa como um todo.

O século XXI veio coroar uma série de inquietações nestes grupos de pesquisadores da interface mídia e saúde. E uma das formas de organizar esse campo multidisciplinar é justamente um olhar crítico sobre como realizamos nossos estudos, o que já consolidamos e concordamos e o que podemos propor para avançar em nossas análises dando contribuições sobre se há ou não bons exemplos de divulgação de temas de saúde nas mídias locais e nacionais que mereçam ser investigados. É necessário um diagnóstico e estudos de casos que demonstrem como fugir do esquema comum onde saúde se configura como ausência de doença.

Todas as condições históricas bem como aspectos culturais, políticos e ideológicos, além da formação educacional e familiar de quem produz notícia sobre saúde devem ser investigados nas diferentes regiões brasileiras. O intuito seria verificar como são adquiridos, acumulados e reproduzidos esses saberes apreendidos e como se refletem nos programas televisivos e nas reportagens impressas neste país afora.

Na década de 70 falar da epilepsia e das doenças mentais na imprensa nacional era um tabu, assim como a AIDS e o câncer nos anos 80 e 90. No século XXI temos dificuldades de falar de temas polêmicos como uso de células tronco e também sobre o uso de drogas justamente porque envolvem debates públicos. Mas a diferença entre essas décadas é o fato de que o receptor, telespectador ou internauta não é um sujeito passivo diante das informações que recebe diariamente. Hoje esses grupos de indivíduos são ativos quanto àquilo que é veiculado nas mídias.

Comunicação, Saúde e Pluralidade: novos olhares e abordagens em pauta

Pois sabemos que nossas concepções de saúde estão diretamente associadas à trajetória familiar, cultural, histórica e é claro são também construídas com as informações que recebemos das diferentes mídias.

Antes acreditávamos que poderia haver um apelo midiático e uma mudança radical na forma como pensávamos a saúde, mas novas investigações do campo da Comunicação e da Saúde e suas interfaces com a Divulgação e Cultura Científica, inclusive com outros campos provaram que há outros fatores que implicam na mudança de comportamento perante a saúde de cada um de nós.

Ou seja, há males que vem de fora. Há também outro ponto de vista que transmite uma visão de que as doenças estão dentro de nós, há fatores hereditários, ou seja, o mal somos nós mesmos. Numa outra visão as doenças podem estar associadas às religiões e novamente há uma exploração mercadológica sobre pessoas que estão num momento de dor ou de perda de um ente querido. Nesse momento há uma imprensa que não é laica e que nos passa a ideia de que familiares são consolados por um Deus poderoso que acaba por decidir quem deve morrer. Laplantine faz esta análise de forma que podemos compreender que há diferentes modelos que servem ao ser humano na relação com sua própria saúde (BORTOLIERO, 1999).

Entre o não dito nestas pesquisas há uma semelhança, pois não abordam a saúde como um direito à cidadania. As pautas de saúde ainda estão longe de um conceito chamado na academia de visão multidisciplinar, ou seja, não podem estar concentradas no setor saúde ou nas políticas públicas.

Outra questão complexa e ainda merecedora de investigação acadêmica é o fato do desvio de verbas e a falta de gerenciamento. Temos uma política pública de saúde no Brasil, determinada pelo Sistema Único de Saúde com níveis de excelência nesse sistema, como o INCOR e Hospital do Câncer em São Paulo, mas concentradas na região sudeste. As demais regiões enfrentam carências de médicos em todos os níveis de especialização, de médicos de família, pediatras e ginecologistas até neurologistas e psiquiatras.

Comunicação, Saúde e Pluralidade: novos olhares e abordagens em pauta

Precisamos investigar porque as mídias nacionais não cobrem de forma qualificada o sistema privado. O sistema privado tem ligações muitas vezes espúrias com outros sistemas e isso vem sendo denunciado por pesquisadores brasileiros há vários anos (BUENO, 2007b). Um levantamento nos *papers* publicados nos eventos científicos como da ABRASCO e do Comsaúde (reúne pesquisadores da área da saúde e da comunicação) vemos que muito já se falou a respeito da relação estranha que há no Brasil do que é estampado na capa de revistas como Veja, Isto É, Época e outras, do ponto de vista tendencioso. Numa semana uma revista estampa o medicamento conhecido por Viagra porque há salvação para impotência masculina, na outra semana fala-se do Rivotril porque pode ser usado no combate à insônia. Tanto a tristeza como a impotência podem ser decorrentes de inúmeros fatores. Há um uso absurdo de medicamentos pela sociedade brasileira e infelizmente a mídia brasileira reforça isso de maneira irresponsável.

No caso das inovações da saúde muito ainda tem que ser estudado e compreendido, pois a divulgação das novidades é acompanhada por mudanças de nomes de medicamentos enquanto ocorre a manutenção dos mesmos princípios ativos. Porque nosso pesquisador não tem mais patentes na área de medicamentos ou porque nossa biodiversidade tem garantido milhões de dólares a essas indústrias? São aspectos que merecem investigação aprofundada.

Em recente pesquisa¹², o Ministério da Ciência & Tecnologia e Inovação do Brasil, publicou que a saúde continua sendo ainda o tema de maior interesse da população brasileira. Portanto é necessário maior investimento numa linha de pesquisa acadêmica que ultrapasse o que já sistematizamos sobre a produção do fato noticioso, e que no caso nordestino, por exemplo, amplie a discussão sobre nossas diferenças culturais no trato da saúde.

Os sistemas de comunicação alternativos tem se constituído na democratização do conhecimento em saúde e a própria internet tem favorecido maior acesso. Na Bahia, temos a Fiocruz-Bahia

¹²Pesquisa pode ser encontrada em http://www.mct.gov.br/upd_blob/0013/13511.pdf

Comunicação, Saúde e Pluralidade: novos olhares e abordagens em pauta

com essa preocupação iniciando sua produção audiovisual, seguindo a experiência do Rio de Janeiro bem sucedida, temos a possibilidade de termos uma TV Universitária aberta que seria nossa única forma de garantir que milhões de baianos tivessem acesso aos bons programas de saúde. A experiência pioneira de uma Agência de Notícias em C&TI (www.cienciaecultura.ufba.br) na UFBA está também se configurando em novos espaços para que os pesquisadores baianos da área da saúde divulguem suas pesquisas.

Somente o controle social da mídia não seria suficiente para garantir melhoria nos níveis de saúde da população. É necessário gerenciar melhor os recursos públicos nessa área e garantir saúde a todos com qualidade. No Brasil isso foi inclusive tema das manifestações do setor saúde em junho e julho de 2013. Veicular saúde no lugar de doenças nas mídias brasileiras está diretamente associada a ideia de uma mudança cultural na formação de médicos e profissionais de saúde em nosso país, além de dar novos significados sobre o que é de interesse público no ato de produção de matérias e programas de saúde para a população brasileira.

Referências Bibliográficas

ABRAMOVAY, R. Bem-vindo ao mundo da controvérsia. In: VEIGA, J. E. (Org.). **Transgênicos: sementes da discórdia**. São Paulo: Ed. Senac, 2007. p.130-155.

BORTOLIERO, Simone T. **Os programas de saúde na TV Cultura de São Paulo- os saberes profissionais**. São Bernardo do Campo: Universidade Metodista de São Paulo, 1999. (Tese de Doutorado)

BUENO, W. (2007a). **A cobertura de saúde na mídia brasileira: sintomas de uma doença anunciada**. Recuperado em 3 de dezembro, 2007, de http://www.jornalismocientifico.com.br/jornalismocientifico/artigos/jornalismo_saude/artigo3.php

BUENO, W. (2007b). **Comunicação para a saúde: uma revisão crítica**. Recuperado em 3 de dezembro, 2007, de http://www.jornalismocientifico.com.br/jornalismocientifico/artigos/jornalismo_saude/artigo9.php

BROTAS, A. **Os Quadros (Frames) Culturais da Ciência em tempo de Controvérsia pública: análise do enquadramento (framing) da cobertura realizada pelas revistas semanais sobre células-tronco no Brasil**. Salvador, Bahia: UFBA, 2011. (Tese de Doutorado)

CASCAIS, A. F. Divulgação Científica: a Mitologia dos Resultados. In: SOUSA, Cidoval Moraes et al. (Org.). **A comunicação pública da ciência**. Taubaté, SP: Cabral Editora, 2003. p.65-78

COSTA, M.C.R. **Ciência e mídia: a divulgação científica na seção Observatório do jornal A Tarde no Estado da Bahia**. Salvador, Bahia: Universidade Federal da Bahia - UFBA, 2007 (Dissertação de Mestrado)

CESARINO, L. **Acendendo as luzes da ciência para iluminar o caminho do progresso: uma análise simétrica da Lei de Biossegurança Brasileira**. Distrito Federal: Universidade de Brasília, 2006. (Dissertação de Mestrado)

LAGE, N. **Ideologia e técnica da notícia**. São Paulo: Editora Vozes, 1982.

LAPLANTINE, F. (2010). **Antropologia da Doença**. 4ª Ed. - São Paulo: Editora WMF Martins Fontes.

LATOUR, Bruno. **A Esperança de Pandora: ensaios sobre a realidade dos estudos científicos**. Bauru, SP: EDUSC – Editora da Universidade do Sagrado Coração, 2001.

LUNA, N. Células-tronco: pesquisa básica em saúde, da ética à panacéia. **Interface**. Botucatu, SP. v. 11, n. 23, p. 587-604, 2007. Disponível em

<<http://www.scielo.br/pdf/icse/v11n23/a13v1123.pdf>>. Acesso em 02 jun. 2013

MASCARENHAS, C. Duas realidades: a pesquisa com células-tronco para tratar pacientes com doenças de Chagas nos laboratórios e na Mídia. Salvador, Bahia: UFBA, 2006. (Dissertação de mestrado).

Capítulo 9

COMUNICAÇÃO DA SAÚDE E BEM ESTAR DA POPULAÇÃO: ESTRUTURAÇÃO DE MENSAGENS E IDEIAS QUE PODEM TRANSFORMAR

Sônia Regina Schena Bertol

Introdução e Objetivo

A doença que decidimos utilizar em nossa pesquisa foi o câncer de mama, muito presente na agenda da mídia e igualmente objeto de inúmeros estudos científicos, devido à sua alarmante incidência – ainda que considerado um câncer de bom prognóstico, se diagnosticado e tratado oportunamente, o que deveria justificar o seu enfrentamento como uma questão prioritária de Saúde Pública. Pelos dados que encontramos no *site* do Instituto Nacional do Câncer (Inca, 2011), o câncer de mama permanece como o segundo tipo de câncer mais frequente no mundo e o primeiro entre as mulheres.

Entre as causas citadas para o aumento de risco de câncer de mama, são apontados fatores como a prescrição de anticoncepcionais orais, a terapia de reposição hormonal, obesidade, tabagismo, alcoolismo, vida reprodutiva da mulher, características genéticas e alimentação, sendo que em um relatório recente, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estimula o consumo de alimentos orgânicos (cultivados sem pesticidas ou fertilizantes químicos), depois de associar 70% de todas as doenças modernas a hábitos e distúrbios alimentares. Fatores relacionados à repressão das emoções, ansiedade e falta de assertividade também podem estar incluídos entre os fatores de risco ao câncer de mama,

ainda que poucos estudos até hoje tenham verificado a conexão entre as emoções e o câncer.

O câncer de mama é apontado como a maior causa de mortes por câncer entre as mulheres, principalmente na faixa etária entre 40 e 69 anos. Um dos fatores que dificultam o tratamento é o estágio avançado em que a doença é descoberta. A maioria dos casos de câncer de mama, no Brasil, é diagnosticada em estágios avançados, diminuindo as chances de sobrevivência das pacientes e comprometendo os resultados do tratamento. No documento de consenso sobre o câncer de mama, disponível no *site* do INCA (Inca, 2011), são definidos como grupos populacionais com risco elevado para desenvolvimento do câncer de mama:

- √ Mulheres com história familiar de pelo menos um parente de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de mama, abaixo dos 50 anos de idade.
- √ Mulheres com história familiar de pelo menos um parente de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de mama bilateral ou câncer de ovário, em qualquer faixa etária.
- √ Mulheres com história familiar de câncer de mama feminino.
- √ Mulheres com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular **in situ**.

No mesmo documento de consenso, que considera cuidados multidisciplinares como a Psicologia e a Fisioterapia, por exemplo, chama a atenção o fato de que em nenhum momento há a preocupação com a utilização de estratégias comunicacionais, massivas ou não, na prevenção da doença e na conscientização e esclarecimento das populações sobre os seus cuidados. Já que a detecção precoce do câncer de mama é fundamental no seu tratamento e cura, acreditamos que seria extremamente importante que as autoridades da área bem como os organismos governamentais levassem em conta o quanto a comunicação da saúde poderia reverter estes números tão alarmantes. Assim, este artigo tem como objetivo evidenciar, através de um esquema interpretativo fornecido pela Análise de Enquadramento, quais os

principais enfoques existentes nos textos científico e jornalístico que constituem o **corpus** do presente estudo.

Percorso Metodológico

Para cumprir os objetivos traçados para este estudo, selecionamos textos extraídos de publicação científica e de publicação jornalística, com a ressalva de que deveriam versar sobre exatamente o mesmo tema, sendo um par de textos, portanto. Entre as teorias que selecionamos para nos fornecerem instrumental na compreensão do que “dizem” estes artigos, tanto individualmente quanto comparados com seu par, elegemos a Análise de Enquadramento, que nos ajudará a buscar “como” é dito, isto é, de que maneira estes conteúdos são apresentados aos leitores.

Nosso par de textos foi escolhido intencionalmente, desde que constituíssem informação jornalística, fossem oriundos de jornais e revistas científicas considerados de prestígio, tanto nacionais quanto estrangeiras. O único critério de seleção ao qual não fugimos, foi o de que cada par de textos deveria versar sobre o mesmo tema relativo ao câncer de mama, ou seja, se no jornal é tratado o tema do auto-exame da mama, por exemplo, buscou-se no **paper** ou artigo científico o estudo original, geralmente claramente referido no jornal. Em nosso critério de busca nas bases de dados **PubMed**, para o artigo científico, e **Lexis Nexis**, para o texto jornalístico, utilizamos: 1) período de tempo: dois anos; 2) localização: em qualquer seção do jornal e/ou periódico científico; 3) conteúdo: utilizamos o nome do periódico e as palavras **cancer** (câncer) e **breast cancer** (câncer de mama).

Além da Análise de Enquadramento, também estaremos nos valendo de teoria que se direciona à “mudança de comportamento”, para entender o entorno em que os indivíduos estão inseridos e como a influência da mídia contorna sua realidade social, como é o caso da Teoria do Aprendizado Social.

Tabela 1 – Textos selecionados

Título	Revista Científica	Data de Publicação	PubMed
Recreational Physical Activity and the risk of Breast Cancer in Postmenopausal Women	JAMA The Journal of the American Medical Association	10/09/2003	02 anos AND cancer=291 items; AND breast cancer=78 items
Título	Jornal/Revista	Data de Publicação	Lexis Nexis
But Will It Stop Cancer?	The New York Times	01/11/2005	02 anos- AND cancer=642 items; AND breast cancer=420 items

Fonte: dados da autora

Análise de Enquadramento

Esta é uma teoria que considera os “atributos” que vão sendo dados às notícias, com a intenção de mantê-las vivas na mente do leitor. Pode ser entendida como o processo de estruturação das notícias no que se refere ao seu enfoque, onde diversas características vão sendo enfatizadas durante o período de vida de determinado evento, ocupando-se de “como” este evento está sendo (ou foi) coberto pela mídia. “**Framing Theory** expande-se para além de ‘o que’ as pessoas falam ou pensam sobre alguma coisa para examinar ‘como’ elas pensam e falam” (WICKS, 2005, p.339, tradução nossa). Ainda, Wicks afirma que:

O enquadramento da mídia começa quando decisões são feitas em histórias que são cobertas e como elas serão tratadas. Isto envolve seleção e saliência colocando questões ou eventos em um campo de significados. Comunicadores profissionais selecionam aspectos particulares da realidade e então os salientam nas mensagens que eles produzem (WICKS, 2005, p.340, tradução nossa).

No que se refere à área das notícias de saúde, inúmeros estudos vêm sendo realizados com o intuito de examinar seu enquadramento ou **framing** (LIMA, SIEGEL, 1999; MENASHE, SIEGEL, 1998; MEYEROWITZ, CHAIKEN, 1987). Lima e Siegel (1999), por exemplo, dedicaram-se a encontrar o enquadramento das notícias publicadas na mídia acerca do debate nacional sobre o tabaco nos Estados Unidos, durante os anos de 1997-98. Através de uma análise de conteúdo aplicada em artigos extraídos do jornal **Washington Post**, os pesquisadores examinaram as principais tendências de enfoque destas notícias sobre o debate nacional das políticas do tabaco, considerado o debate mais importante sobre este tema na história recente dos Estados Unidos, estando presente nas manchetes dos jornais quase que diariamente durante aquele período.

O modo pelo qual a mídia cobria a questão do regulamento nacional do debate, portanto o seu **framing** ou seu enquadramento, fez os pesquisadores perceberem que o modo como os argumentos eram arranjados para definir o problema do tabaco no debate, não apenas sugeria aos responsáveis por suas políticas e ao público porque o problema do tabaco é importante, mas define as soluções apropriadas para o problema do tabaco. “Em outras palavras, a mídia diz para as pessoas não somente sobre quais questões pensar, mas como pensar sobre as mesmas” (LIMA, SIEGEL, 1999, p.247, tradução nossa). Para estes autores, a influência da mídia no modo como o público reage sobre uma questão de saúde pública é um resultado do enquadramento (**framing**) desta questão. “Um **frame** é um modo de embalar e posicionar uma questão até que ela conduza a um certo significado” (LIMA, SIEGEL, 1999, p.247, tradução nossa). Além disso, afirmam que o modo no qual uma questão de saúde pública é enquadrada, afeta a opinião pública, influencia o comportamento individual e desempenha um papel central no processo da formação das políticas de saúde pública (LIMA, SIEGEL, 1999).

Este estudo de Lima e Siegel (1999) tornou-se decisivo para demonstrar como questões da saúde podem sofrer diferentes interpretações da maneira como são estruturadas/enquadradas nas

notícias da mídia, segundo a análise de conteúdo utilizada pelos mesmos com o aparato teórico metodológico da Análise de Enquadramento. Vários estudos seguem esta mesma orientação, como se pode perceber nos trabalhos de Menashe e Siegel (1998); Meyerowitz e Chaiken (1987); Kiene, Barta e Zelenski (2005); Mann, Sherman e Updegraff (2004), entre outros.

A Análise de Enquadramento considera que nas notícias ocorre mais do que apenas “trazer” ao público certos tópicos. O modo pelo qual as notícias são trazidas, o enquadramento no qual as notícias são apresentadas, é também uma escolha feita pelos jornalistas. Segundo Wicks,

Frames tornam as pessoas aptas a avaliar, conduzir e interpretar informações baseando-se em construções conceituais compartilhadas. Deste modo, mensagens da mídia contém sugestões contextuais oferecidas por comunicadores profissionais para ajudar pessoas a entender a informação (WICKS, 2005, p.339, tradução nossa).

Assim, um “**frame**” representa o modo como a mídia e os editores da mídia organizam e apresentam as questões que eles cobrem, e o modo como as audiências interpretam o que eles estão oferecendo. Enquadramentos são noções abstratas que servem para organizar ou estruturar significados sociais. A Análise de Enquadramento também defende que a forma “como” algo é apresentado, influencia nas escolhas que as pessoas fazem. Desta forma, para Tuchmann,

Notícia é uma janela no mundo. Através de seu enquadramento, Americanos aprendem sobre si mesmos e sobre os outros, sobre suas instituições, líderes e estilos de vida, e sobre aqueles de outras nações e seus povos. [...] Mas, como nenhum outro enquadramento que delineia um mundo, o enquadramento das notícias pode ser considerado problemático. A visão através de uma janela depende se a janela

é grande ou pequena, se tem muitas ou poucas vidraças, se o vidro é opaco ou claro, se a janela dá para a rua ou um quintal. [...] Este livro vê as notícias como um enquadramento, examinando como este enquadramento é constituído – como as organizações que trabalham com a notícia e seus trabalhadores são colocados juntos (TUCHMANN, 1978, p.1, tradução nossa).

A maneira como notícias de saúde são enquadradas também é objeto do estudo de Menashe e Siegel (1998). Aqui os autores analisam como as questões relativas ao tabaco foram enquadradas pela mídia durante a década de 1980, o que segundo eles permitiu importantes sugestões no entendimento das causas pelas quais os esforços da saúde pública não conseguem prevalecer sobre a influência da indústria do tabaco em políticas públicas e no uso do tabaco. Seu estudo, segundo eles,

(...) descreve e analisa a tática de enquadramento predominante usada pela indústria do tabaco e pelos defensores do controle do tabaco nos últimos 11 anos através da revisão de 179 artigos de capa do **New York Times** e do **Washington Post** durante este período (MENASHE, SIEGEL, 1998, p.307, tradução nossa).

Também para estes autores, um **enquadramento** é um modo de posicionar e “embalar” uma determinada questão de modo que isto acabe conduzindo a um determinado significado; ainda, é definindo como uma ênfase colocada sobre uma determinada questão, procurando definir sobre o que esta questão de fato é. Citando Schon e Rein, trazem sua definição de **enquadramentos** como

(...) os amplamente compartilhados crenças, valores e perspectivas familiares aos membros de uma sociedade e plausíveis a permanecer nesta sociedade por longos períodos de tempo,

no qual indivíduos e instituições os arranjam no sentido de dar significado, sentido e uma direção normativa para seu pensamento e ação política (1994, p.310, tradução nossa).

De acordo com Tuchman (1978), as notícias são uma janela do mundo e o discurso da mídia é parte de um processo pelo qual indivíduos constroem significados, e a opinião pública é parte de um processo pelo qual os jornalistas e/ou comunicadores desenvolvem e cristalizam significados no discurso público. “O enquadramento das notícias organiza a realidade cotidiana e o enquadramento das notícias é parte e parcela da realidade cotidiana [...] isto é uma característica essencial das notícias” (TUCHMAN, 1978, p.193, tradução nossa). Segundo Tankard, “um **media frame** (enquadramento da mídia) é uma ideia central organizadora para o conteúdo da mídia que oferece um contexto e sugere sobre o que é a questão, usando seleção, ênfase, exclusão e elaboração” (apud McCOMBS, 2004, p.24, tradução nossa). Ao cobrir um evento, o jornalista decide quais elementos excluir ou incluir em sua matéria. Além disso, qualquer simples evento pode ser enquadrado de várias maneiras, produzindo diversas versões e contendo diversos atributos.

Ainda que a **objetividade** seja um dever de jornalistas profissionais, as mensagens construídas por eles sempre estarão carregadas por um conjunto de práticas ou tradições organizacionais e também por suas opiniões e crenças, resultando em mensagens como representações da realidade apresentada por seus próprios prismas. Orientações de cunho político ou econômico particulares a cada meio de comunicação, práticas organizacionais, as próprias crenças do comunicador e as estratégias para atrair audiências, acabam influenciando no enquadramento das mensagens da mídia. Para Wicks, “O maior objetivo das organizações de mídia é atrair audiência. Informar os membros da audiência frequentemente serve como um objetivo secundário” (WICKS, 2005, p.343, tradução nossa). Nas notícias que selecionamos de artigos de periódico científico e jornalístico, procuraremos desvelar as tendências em que seu enquadramento aparece, segundo a Análise de Enquadramento, a qual “Trata-se de

uma abordagem que salienta o caráter construído da mensagem, revelando a sua retórica implícita, entranhada em textos supostamente objetivos, imparciais e com função meramente referencial” (SOARES, 2006, p.450).

Teoria do Aprendizado Social

“A proposta da Teoria do Aprendizado Social é a explanação do comportamento humano em termos de uma contínua e recíproca interação entre determinantes cognitivos, comportamentais e ambientais” (BANDURA, 1977, p.vii, tradução nossa). Assim o próprio autor da Teoria do Aprendizado Social, o canadense Albert Bandura, a define resumidamente. Para ele, nem as pessoas estão totalmente condicionadas pelo seu meio, nem as forças do ambiente agem sobre as pessoas como se estas fossem desprovidas de poder; na sua concepção, pessoas e ambientes determinam-se mutuamente um ao outro.

Bandura (1977) destaca três características da Teoria do Aprendizado Social: a ênfase aos proeminentes papéis desempenhados por processos vicários, simbólicos e auto regulatórios no funcionamento psicológico. No que se refere aos processos vicários, afirma que há o reconhecimento de que pensamento, afeto e comportamento humanos podem ser influenciados pela observação; quanto aos processos simbólicos, é fundamental a constatação de que a capacidade de usar símbolos habilita os homens a representar eventos, a analisar sua própria experiência, a comunicar-se com outros, a criar e imaginar; e sobre os processos auto regulatórios, afirma que as pessoas não são simplesmente seres que reagem ao mundo externo, mas que selecionam, organizam e transformam o estímulo que dele provem. Desta forma, “quando diversas condições ambientais produzem variações correspondentes no comportamento, a postulada causa íntima não pode ser menos complexa do que seus efeitos” (BANDURA, 1977, p.3, tradução nossa). O exemplo citado neste caso é que, ao tentar explicar o comportamento humano, muitas teorias no passado viam um impulso hostil como sendo derivado de uma pessoa de comportamento irritável; agora, as teorias procuram

levar em conta a enorme complexidade do comportamento humano e entender porque as pessoas comportam-se daquela maneira.

Desenvolvimentos na teoria do comportamento mudaram o foco da análise causal de determinantes internos amorfos para o detalhado exame das influências externas nas imediatas reações humanas. Comportamento tem sido extensivamente analisado em termos de condições de estímulos que evoquem isto e as condições que reforçam e mantêm isto. Pesquisadores têm demonstrado repetidamente que padrões de resposta geralmente atribuídos às causas íntimas podem ser induzidos, eliminados e reposicionados sob variadas influências externas. Resultados de tais investigações têm levado muitos psicólogos a ver os determinantes do comportamento como residindo não no organismo, mas em forças do ambiente (BANDURA, 1977, p.6, tradução nossa).

Na nova visão sobre o comportamento humano e suas reações, evidencia-se o conceito de “interação”, que para a Teoria do Aprendizado Social (BANDURA, 1977) é um processo no qual comportamento, outros fatores pessoais e fatores ambientais interagem reciprocamente. São fatores independentes, mas que exercem influência uns sobre os outros. Além disso, determinantes internos também devem ser levados em conta no estudo do comportamento, já que o aprendizado e a cognição têm demonstrado grande eficácia ao aprender e reter um comportamento. Na visão da Teoria do Aprendizado Social, pessoas nem são dirigidas por forças íntimas nem atacadas por estímulos de seu ambiente; ao contrário, há uma contínua interação recíproca entre determinantes pessoais e ambientais. A partir desta suposição é que os processos vicários, simbólicos e auto regulatórios assumem um papel proeminente.

Para a Teoria do Aprendizado Social, as pessoas não nascem com repertórios de comportamento, mas devem aprendê-lo,

tanto por experiência direta quanto por observação. No aprendizado de um comportamento pela experiência direta dos indivíduos, o modo considerado como mais rudimentar de fazê-lo é pelos efeitos positivos ou negativos de suas ações. As capacidades cognitivas habilitam os homens a reforçar ações em seu comportamento, moldando-as pelos resultados previstos. Aprender pelas consequências de suas ações inclui funções como a informativa, na qual os resultados de suas ações servem como guias para futuras ações; motivacional, na qual experiências passadas podem demonstrar que certas ações trazem certos benefícios; de reforço, ou seja, regulando o comportamento que já vinha sendo aprendido (BANDURA, 1977). Por outro lado, aprender através de um modelo tem sido visto como o modo no qual o comportamento humano mais tem sido aprendido, ou seja, pela observação dos outros, pelo seu exemplo.

Os componentes do processo de aprendizado observacional na análise do aprendizado social são: processo de atenção (no qual a mídia de massa prende nossa atenção, por exemplo); processo de retenção (padrões são representados na memória em forma simbólica); processo de reprodução matriz (convertendo representações simbólicas em ações apropriadas); e processo de motivação (incentivos). Segundo Bandura, “um modelo que repetidamente demonstra respostas desejadas, instrui outros a reproduzir seu comportamento” (BANDURA, 1977, p.29, tradução nossa), o que estaremos tentando examinar também em nossa análise de conteúdo de nosso artigo científico e jornalístico sobre o câncer de mama, isto é, se neles há esta proposição de aprendizado através de modelos de saúde. Sobre o papel desempenhado pela mídia em modelar o comportamento, Bandura diz que

Outra influente fonte de aprendizado social é o abundante e variado modelo simbólico oferecido pela televisão, filmes e outra mídia visual. Tem sido mostrado que crianças e adultos adquirem atitudes, reações emocionais e novos estilos de conduta através de modelos que aparecem nos filmes e na televisão, Em vista de sua eficácia e da extensiva exposição

do público aos modelos da televisão, a mídia desempenha um papel influente em modelar comportamentos e atitudes sociais. [...] Com o uso crescente de modelos simbólicos, pais, professores e outros tradicionais papéis que servem como modelos podem ocupar papéis menos proeminentes no aprendizado social (BANDURA, 1977, p.39, tradução nossa).

Pesquisadores como Rimal et al. (2005), Egbert e Parrot (2001), Rogers e Vaughan (2000) e Vaughan et al. (2000) vêm empregando conceitos da Teoria do Aprendizado Social ao examinar questões relativas ao comportamento, entre elas a dos modelos simbólicos. No que se refere a estes, Rogers e Vaughan (2000) reafirmam aquela que consideram como a suposição central da Teoria do Aprendizado Social, de que indivíduos podem aprender novos comportamentos pela observação de outros que servem como modelo, podendo tanto demonstrar como executar um certo comportamento quanto transmitir a auto eficácia requerida para garantir o novo comportamento. Os autores recordam a noção de Bandura (1977), de que modelos geralmente são pessoas em uma rede interpessoal, mas também podem ser personagens em uma mensagem midiática. Ainda, postulam que “Comportamento que resulta em benefícios ao modelo é positivamente reforçado ao observador, considerando que comportamento que resulta em uma desvantagem ao modelo é negativamente reforçado ao observador” (ROGERS e VAUGHAN, 2000, p.206, tradução nossa).

Para Vaughan et al. (2000), a Teoria do Aprendizado Social enfatiza a importância de conceitos como:

- √ auto-eficácia (**self-efficacy**);
- √ papel de “modelos” na mudança de comportamento;
- √ as consequências de modelos alternativos; e
- √ crenças sobre comportamentos normativos no ambiente cultural local.

O conceito de **self-efficacy** (=auto-eficácia) foi empregado, entre outros, no estudo empreendido por Egbert e Parrott (2001) entre mulheres rurais, verificando seu desempenho nas práticas de detecção de câncer cervical e de mama. Utilizado para verificar a **performance** humana em diversas áreas, “auto eficácia” vem sendo também considerado de grande importância na compreensão da modificação de comportamentos de saúde e é definido como a avaliação que as pessoas fazem de sua habilidade em organizar e executar cursos de ação requeridos para obter determinados desempenhos. Neste caso, os pesquisadores utilizaram uma população de mulheres residentes em zonas rurais dos Estados Unidos, participantes de uma pesquisa que verificou seu conhecimento em práticas de detecção de câncer (de mama e cervical). No estudo conduzido por Egbert e Parrot (2001), o conceito de auto eficácia foi abordado em três dimensões: na primeira, foram incluídas questões sobre a confiança em sua própria habilidade em encontrar um médico (a) ou enfermeiro (a) que pudesse conduzir exames nas mamas; na segunda dimensão de sua auto eficácia, as mulheres foram interrogadas sobre dificuldades observadas nas práticas de detecção de câncer; e o terceiro fator de auto eficácia relacionou-se com a sua confiança em sua habilidade para fazer o autoexame da mama. Em sua discussão, os pesquisadores ressaltaram:

Auto eficácia é um fenômeno multifacetado influenciado diferentemente de acordo com a dimensão de auto eficácia que alguém está buscando. Neste estudo, mulheres rurais percebem a si mesmas como mais aptas a seguir com práticas prescritas de detecção de câncer quando observam seus pares fazendo o mesmo. [...] As percepções de auto eficácia das mulheres rurais associadas com a dificuldade em executar práticas de detecção de câncer são fortemente influenciadas pelo conhecimento percebido. Assim, quanto mais uma mulher acredita que entendeu as práticas de detecção de

câncer, mais fácil ela acredita que executá-las possa ser. **Se comunicadores da saúde** são beneficiados pelo entendimento de que auto eficácia afeta resultados em saúde, estratégias para designar mensagens de saúde recorrendo à auto eficácia devem ser acertadas]. (EGBERT, PARROT, 2001, p.230, tradução nossa, grifo nosso).

Egbert e Parrott (2001) alertam para o fato de que, assim como esforços em comunicação para realçar a credibilidade de quem está falando depende de quem o locutor é e, no mínimo, percepções de sua competência e caráter, esforços em comunicação para aumentar percepções em auto eficácia dependem sobretudo do que o tópico é e, no mínimo, percepções de confiança nas habilidades de alguém para executar uma tarefa, bem como na habilidade de alguém para ordenar recursos cognitivos e ambientais para seguir através de tais habilidades. “Consequentemente”, dizem “**comunicadores da saúde** são lembrados mais uma vez que os limites percebidos no controle pessoal de alguém sobre o ambiente forma condições limitantes para o pensamento e ações de alguém” (EGBERT, PARROTT, 2001, p.230, tradução nossa, grifo nosso).

Em nossa análise de textos sobre câncer de mama, também procuraremos detectar se o conceito de auto eficácia vem sendo levado em conta, isto é, se há persuasão nas mensagens no sentido de valorizar a ação das próprias pessoas e de suas habilidades na adoção de comportamentos de saúde, e em que medida se sentem confiantes para tanto. Comunicadores da saúde vêm descobrindo que práticas preventivas da saúde são mais bem promovidas salientando a auto eficácia do que elevando o medo, fato que também revela que campanhas da mídia produzem mudanças elevando os níveis de auto eficácia, o que desempenha um papel importantíssimo tanto na adoção quando na difusão de práticas de saúde.

Os artigos acima citados, **Recreational Physical Activity and the risk of Breast Cancer in Postmenopausal Woman** (Atividade Física Recreacional e o risco de Câncer de Mama em mulheres na pós-menopausa) e **But Will it Stop Cancer?** (Isto irá

evitar o câncer?) foram extraídos da revista científica *JAMA*, da **American Medical Association**, publicada em setembro de 2003, o primeiro, e da edição do dia 1º de novembro de 2005 do jornal **The New York Times**, o segundo.

Pela nossa proposta de evidenciar “como” estes mesmos temas são alimentados, quais os principais enquadramentos que os fazem atraentes e vívidos aos leitores, tem-se como enquadramento de grande visibilidade neste artigo extraído de *JAMA*, a valorização da auto-eficácia, uma das categorias mais amplamente difundidas e conhecidas da teoria de Bandura, definida como a habilidade percebida para exercer controle pessoal. Ao longo do artigo **Atividades físicas de lazer e o risco de câncer de mama em mulheres em pós-menopausa**, há uma defesa constante, comprovada cientificamente, de que exercícios físicos podem diminuir o risco de câncer de mama. Então as mulheres podem elas próprias prevenir-se contra a doença. O artigo privilegia uma das categorias fundamentais expressas no pensamento de Bandura: a auto-eficácia, um dos motivos mais fortes para a desejada mudança de comportamento – no caso, de prevenção da doença, ou de um comportamento sedentário para um comportamento saudável. O conceito de auto-eficácia, compreendido ainda como o processo através do qual os indivíduos percebem que controlam situações, aparece no artigo de *JAMA* ao “empurrar” o leitor a se exercitar. Um dos principais conceitos de Bandura, “auto-eficácia” é, neste caso, como que o coração do artigo, já que ensina ao leitor o “manejo” da saúde frente à doença. Este **framing** aparece claramente quando os autores afirmam que “Mulheres que são ativas fisicamente têm um risco decrescente para câncer de mama, mas os tipos, quantidades e tempo de atividade necessários são desconhecidos” (McTIERNAN et al., 2003, p.1331, tradução nossa). O fato de exercitarem a habilidade de fazer exercícios, as capacita a serem auto-eficazes. Exemplos de como é prevalente a mensagem que utiliza a auto-eficácia estimulando a autoconfiança da audiência em suas habilidades, aparecem nos trechos:

- Comparadas com mulheres menos ativas, mulheres que se engajaram em atividade física

regular extenuante na idade de 35 anos tinham um decréscimo de 14% no risco de câncer de mama (risco relativo [RR], 0.86; 95% margem de erro [CI], 0.78-0.95). Descobertas similares, mas atenuadas foram observadas para extenuante atividade física na idade de 18 anos e 50 anos. Um aumento no total da grade da atividade física atual estava associado com um risco reduzido para câncer de mama ($P = .03$ para tendência). Mulheres que se engajaram no equivalente de 1.25 to 2.5 horas por semana de caminhadas rápidas tiveram um decréscimo de 18% no risco de câncer de mama (RR, 0.82; 95% CI, 0.68-0.97) comparado com mulheres inativas. A redução levemente maior em risco foi observada para mulheres que se engajaram no equivalente a 10 horas ou mais por semana de caminhada rápida. O efeito do exercício foi mais pronunciado em mulheres no mais baixo 1/3 do índice de massa corporal (BMI) (<24.1-28.4) (McTIERNAN et al., 2003, p.1331, tradução nossa).

- **Conclusões** Estes dados sugerem que atividade física atenuada está associada a redução de risco de câncer de mama em mulheres pós-menopausais, ainda, um longa duração oferece mais benefícios, e que tal atividade não precisa ser extenuante (Ibidem, p.1331, tradução nossa).

- Mulheres que se engajaram em exercícios regulares demonstraram ter um risco reduzido de câncer de mama. Não está claro se atividade física depois da menopausa reduz o risco de câncer de mama ou se uma longa-vida de atividade física é requerida. (Ibidem, p.1331, tradução nossa).

A Teoria do Aprendizado Social segue um padrão no que se refere a outro conceito fundamental: **modelos**. Segundo o que prevê esta teoria, quando um exemplo proeminente aparece para

um determinado público como aquele que introduz um novo comportamento, este provavelmente passará a ser seguido por uma determinada audiência. O artigo do **The New York Times**, dá visibilidade ao personagem da Sra. Bernyce Edwards, de 73 anos, destacando-a ao longo do texto e numa fotografia ampliada, na qual aparece correndo ao redor de um lago, seguindo a prescrição de que exercícios funcionam como protetores ao câncer de mama. Advinda de uma histórica familiar bastante dramática em relação ao câncer de mama, na qual sua filha de 42 anos morreu apenas 69 dias após a doença ter sido diagnosticada, a Sra. Edwards agora quer se prevenir e, pelo modo como o **Times** (KOLATA, 2005) ressaltou sua experiência e sua adesão aos exercícios mesmo em idade tardia, sua figura acabou ganhando proeminência e funcionando como modelo na aquisição da inovação médica para uma audiência muito mais abrangente. Como Bandura (1977) enfatiza, os seguidores mais precoces dos novos modelos são os mais expostos às mensagens da mídia e, adotando uma inovação através da cópia de um modelo, através da observação de seus benefícios, aceleram a sua difusão e atenuam obstáculos dos potenciais seguidores mais cautelosos. Assim como a Sra. Edwards, modelo selecionado pela reportagem, deposita fé nos estudos da Dra. McTiernan (2003), os **benefícios** trazidos pelos estudos médicos são fundamentais na adoção ou rejeição das inovações, e aparecem como enquadramentos em exemplos como:

Diversos mecanismos têm sido propostos para explicar a associação entre aumento da atividade física e risco reduzido de câncer de mama. Para exercício nos anos pós-menopausa, o mecanismo mais provável é a redução de gordura no corpo levando a reduzir substância para produção de estrogênio do androgênio em tecido de gordura através de aromatização. Atividade física também poderia aumentar os níveis do hormônio sexual aderindo glóbulos, por causa da redução do estradiol no estado livre biologicamente ativo. Outro mecanismo em potencial é através do exercício a redução

de insulina e outros fatores de crescimento. (McTIERNAN et al., 2003, p.1335, tradução nossa).

Há menos acordo em se isto pode também prevenir câncer. Mas para câncer de mama e câncer de colón a evidência é promissora. Outros cânceres não foram estudados, ou os estudos que foram feitos produziram pouca evidência de que exercício pode ajudar (KOLATA, 2005, p.D6, tradução nossa).

A **mudança de comportamento**, categoria enfatizada por Bandura (1977), quando encontramos nos sujeitos a disposição de adotar comportamentos saudáveis, seja pela observação direta de um indivíduo em seu ambiente ou pela exposição às mensagens da mídia, vem sendo amplamente utilizada em estudos no campo da Comunicação da Saúde, em direção à promoção da saúde. Os indivíduos mudam de um comportamento considerado de risco para um comportamento saudável. Como citamos acima, a Sra. Edwards, personagem apresentada pela reportagem do **New York Times**, é um modelo de quem adotou um comportamento saudável, e, ao longo dos textos, outros benefícios neste sentido aparecem como enquadramento e induzem o leitor a fazer o mesmo:

Os resultados deste estudo sugerem que inatividade física pode ser um fator de risco modificável para aquelas mulheres pós-menopausa que podem alterar a redução do risco de câncer de mama. A descoberta que aumentou o total de atividade física de lazer e caminhada reduz este risco é promissora, no entanto pode não ser necessário que mulheres se engajem em atividades extenuantes em idades mais avançadas para aproveitar o efeito preventivo do exercício (McTIERNAN et al., 2003, p.1335, tradução nossa).

Indivíduos nem sempre aceitam a adoção de um novo comportamento, entretanto, como está indicado no texto acima. A

adoção de um novo comportamento depende de muitos fatores, entre eles a instrução e a percepção das habilidades individuais. No nosso artigo do **Times**, é possível verificar o embate entre adoção e rejeição pelo exemplo do Dr. John Min, que afirma amar exercícios e inclusive correr em maratonas, mas muitas vezes não consegue persuadir seus pacientes de quanto eles são importantes na prevenção de cânceres:

‘Infelizmente, fazer os pacientes, mesmo aqueles que estão muito interessados, a começarem a se exercitar é muito difícil’, ele diz. Ele disse que ele tem tentado, e pacientes têm deixado seu consultório parecendo excitados sobre mudar sua vida. Mas eles logo retornam para seus modos sedentários. ‘Isto é infelizmente o que eu tenho me dado conta’. Dr Min disse. ‘A habilidade para alguém mudar significativamente seu estilo de vida que eles mantêm por anos, é extremamente difícil, e menos importante para eles. Eu não posso tornar isto pessoalmente importante para eles. Eu não posso fazer isso pessoalmente importante para eles em uma visita ao consultório’. (KOLATA, 2005, p.D6, tradução nossa).

Considerações finais

A análise de textos científico e jornalístico sobre o câncer de mama, fazendo emergir deles as categorias conceituais que respondem nossas principais questões de pesquisa à luz de um esquema interpretativo que abarcou pontos de vista que consideramos essenciais na compreensão da Comunicação da Saúde, não o foi para fazermos uma quantificação destes *frames*, mas para nos exercitarmos na compreensão de como se dá a comunicação da saúde e, quem sabe, reforçar a importância destas categorias conceituais que comprovam, sobretudo, de que é possível “ler” e “fazer” melhor a Comunicação da Saúde. Não apenas buscamos os enquadramentos, mas os buscamos também

para deles fazer uso na prática da Comunicação da Saúde, um campo pouco conhecido e que pode trazer resultados muito gratificantes quando maneja-se seu já bem constituído referencial teórico em favor do bem-estar dos povos.

A proposta deste estudo não foi criticar a cobertura da mídia no que concerne ao câncer de mama. Também não foi criticar a maneira como os cientistas divulgam as novidades médicas nos periódicos científicos. O estudo preocupou-se com a complexidade deste problema.

Referências

ARAUJO, Inesita Soares de; DE LAVOR, Adriano Moreira; AGUIAR Raquel; Comunicação e negligenciamento. In: **Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação**, 25, 2012, Fortaleza. Paper. Disponível em: <<http://www.intercom.org.br/papers/nacionais/2012/resumos/R7-1714-1.pdf>> Acesso em: 05.set.2013.

BANDURA, A. **Social Learning Theory**. New Jersey: PRENTICE-HALL, INC, Englewood Cliffs, 1977.

EGBERT, N.; PARROTT, R. **Self-Efficacy and Rural Women's Performance of Breast and Cervical Cancer Detection Practices**. In: Journal of Health Communication v. 6, p.219-233, Routledge Taylor & Francis Group, 2001.

GARCIA, Carla Costa. **Entre ciência e representações: a esquizofrenia e seus personagens nas páginas da Folha de S.Paulo**. Disponível em: <<http://www.reciis.cict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/741>> Acesso em: 05.set.2013.

INCA, Instituto Nacional do Câncer. **Portal**. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/inca/portal/home>>. Acesso em: 09 maio 2011.

KIENE, S. M.; BARTA, W. D.; ZELENSKI, J. M. **Why are you bringing up condoms now ?** The effect of message content on

framing effects of condom use messages. In: Health Psychology, v. 24, n. 3, p.321-326, 2005.

KOLATA, G. **But will it stop cancer?** In: The New York Times. Tuesday, November 1, 2005.

LERNER, Kátia. **A Pesquisa em Comunicação e Saúde no Brasil: Abordagens Preliminares.** Disponível em: <<http://www.intercom.org.br/papers/nacionais/2012/resumos/R7-2107-1.pdf>> Acesso em: 05.set.2013.

LERNER, Kátia; SACRAMENTO, Igor. **O Espaço Autobiográfico Na Enunciação Jornalística: Uma Análise Dos Relatos Pessoais da Experiência Com a Influenza H1N1.** Disponível em :<<http://www.intercom.org.br/papers/nacionais/2011/resumos/R6-1731-1.pdf>> Acesso em: 05.set.2013.

LIMA, J.; SIEGEL, M. The tobacco settlement: an analysis of newspapers coverage of a national policy debate, 1997-98. In: Tobacco Control, v. 8, p. 247-253, 1999.

MANN, T.; SHERMAN, D.; UPDEGRAFF, J. **Dispositional motivations and message framing: a test of the congruency hypothesis in college students.** In: Health Psychology, v. 23, n. 3, p.330-334, 2004.

MASSARINI, Luisa; et al. **Saúde aos domingos: uma análise da cobertura da pesquisa em medicina & saúde no Fantástico.** Disponível em: <<http://www.reciis.cict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/706/1451>> Acesso em: 05.set.2013.

McCOMBS, M.; CHYI, H. I. **Media Salience and the Process of Framing: Coverage of the Columbine School Shootings.** In: Journalism & Mass Communication Quarterly. v. 81, n.1, p.22-35, Spring, 2004.

McTIERNAN, A. **Recreational physical activity and the risk of breast cancer in postmenopausal women.** In: JAMA, v. 290, n. 10, September 10, 2003.

MENASHE, C. L.; SIEGEL, M. **The power of a frame: an analysis of newspaper coverage of tobacco issues.** United States, 1985-1996. In: Journal of Health Communication; v. 3, p. 307-25, Taylor & Francis Group, 1998.

MEYEROWITZ, B. E.; CHAIKEN, S. **The effect of message framing on breast self-examination attitudes, intentions, and behavior.** In: Journal of Personality and Social Psychology, v. 52, p.500-10, 1987.

NATAL, Delsio; VILLELA, Edlaine Faria de Moura.

Representações sobre dengue na comunicação midiática: há preocupação com a competência informacional. Disponível em: <<http://www.reciis.cict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/691/1447>> Acesso em: 05.set.2013.

PESSONI, Arquimedes; SIQUEIRA JUNIOR, Antonio Inácio. Os grupos de pesquisa em comunicação e saúde no Brasil: perfil, produção e focos de interesse. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DA COMUNICAÇÃO, 25, 2012, Fortaleza.

Paper. Disponível em:

<<http://www.intercom.org.br/papers/nacionais/2012/resumos/R7-0902-1.pdf>> Acesso em: 05.set.2013

RIMAL, R. N. et al. **Moving Toward a Theory of Normative Influences:** How Perceived Benefits and Similarity Moderate the Impact of Descriptive Norms on Behaviors. In: Journal of Health Communication v. 10, p.433-450, Routledge Taylor & Francis Group, 2005.

ROGERS, E. M.; VAUGHAN, P. W. **A Staged Model of Communication Effects:** Evidence from an Entertainment-Education Radio Soap Opera in Tanzania. In: Journal of Health Communication, v. 5, p.205-227, Routledge Taylor and Francis Group, 2000.

SOARES, M. C. **Análise de enquadramento.** In: Métodos e Técnicas de Pesquisa em Comunicação. São Paulo: Atlas, 2006.

TUCHMAN, G. **Making News.** A Study in the Construction of the Reality. New York: The Free Press; London: Collier Macmillan Publishers, 1978.

VAUGHAN, P. et al. **Entertainment-Education and HIV/AIDS Prevention:** A Field Experiment in Tanzania. In: Journal of Health Communication v. 5, p.81-100, Routledge Taylor & Francis Group, 2000.

VAUGHAN, P. W., ROGERS, E. M. **A staged model of communication effects:** evidence from an entertainment-education radio soap opera in Tanzania. In: Journal of Health Communication, v. 5, p.205-227, Taylor & Francis Group, 2000.

WICKS, R. H. **Message Framing and Constructing Meaning:** An Emerging Paradigm in Mass Communication Research. In: Communication Yearbook, n. 29, Mahwah, New Jersey, London, 2005.

Capítulo 10

INVESTIGANDO O CONCEITO DE SAÚDE NO CONTEXTO DO JORNALISMO: ALGUNS DESAFIOS TEÓRICO- METODOLÓGICOS

Kátia Lerner

Introdução

Nos últimos tempos, observamos a crescente presença da *saúde* nos meios de comunicação, seja na mídia impressa, televisiva ou na internet. Os temas abordados são vários: doenças, epidemias, medicamentos, dietas, pesquisas, novos tratamentos e assim por diante. Este interesse da mídia também pode ser notado através da criação de espaços fixos como colunas e seções especialmente dedicadas ao tema, bem como a crescente contratação de profissionais da saúde como especialistas.

Tal presença, por sua vez, tem despertado interesse por parte de pesquisadores da saúde e da comunicação. Isso pode ser atestado pela proliferação de grupos de pesquisa nos últimos 15 anos. Entre 2000 e 2009 surgiram 28 grupos nas Ciências da Saúde e 9 na subárea da Comunicação, o que contrasta com os números das décadas anteriores: 3 nos anos 1980, época de criação dos primeiros grupos de Comunicação e Saúde, e 5 na década seguinte, todos exclusivamente nas Ciências da Saúde (LERNER, CARDOSO E ARAÚJO, 2013) ¹. Esse mesmo fenômeno pode ser

¹ Trata-se de um levantamento realizado no diretório de pesquisa do CNPq sobre temas da comunicação e saúde nas áreas Ciências da Saúde e Ciências Sociais Aplicadas (subárea Comunicação Social). Caso se faça um recorte exclusivo sobre jornalismo, o resultado é ainda mais reduzido.

sentido pelo aumento no número de artigos em periódicos das áreas envolvidas, bem como pela crescente presença de *papers* apresentados em encontros científicos da área (idem; LERNER e SACRAMENTO, 2014).

A proliferação de pesquisas tem colocado em evidência questões, temas e problemas a serem enfrentados. Este debate assume especial relevância para o Laboratório de Pesquisa em Comunicação e Saúde (Laces), do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Icict) da Fundação Oswaldo Cruz, que abriga projetos que têm como questão central as relações entre mídia e saúde. Esse artigo nasce do reconhecimento da importância de se pensar estas questões, e seu objetivo é refletir sobre alguns dos desafios teóricos e metodológicos de se investigar o conceito de saúde no contexto jornalístico. Teremos como eixo norteador as seguintes perguntas: o que estamos entendendo por *saúde*, exatamente? Quais os critérios que definem a seleção – ou “clipagem”, no jargão jornalístico – dos textos sobre saúde encontrados nos periódicos? Que desafios encontramos ao aplicarmos tais critérios? Quais as especificidades deste debate por se tratar da saúde *no jornalismo* - e não junto aos profissionais da saúde, aos pacientes, aos gestores e assim por diante?

Para desenvolver estas questões, tomaremos por base uma experiência concreta, ligada ao *Observatório Saúde na Mídia*, sediado no Laces/Icict/Fiocruz². Como veremos, trata-se de um projeto que visa monitorar diariamente textos jornalísticos publicados em alguns dos principais periódicos nacionais. Não se trata exatamente de uma pesquisa, mas de um projeto “guarda-chuva” que possibilitará o desenvolvimento de *várias* pesquisas. A partir do relato de sua origem e posterior desenvolvimento buscaremos problematizar algumas das questões que são vividas

² A composição do OSM tem variado ao longo dos últimos anos. Atualmente, tem coordenação geral de Kátia Lerner e coordenação executiva de Izamara Bastos. Dispõe de uma equipe que reúne os seguintes pesquisadores: Aline Faria, Janine Cardoso, Wilson Couto Borges e o estagiário Gustavo Marinho.

cotidianamente pelos seus integrantes³. Menos do que tentar “resolver” os desafios encontrados, nosso objetivo será compartilhar os dilemas e obstáculos enfrentados no decorrer das atividades e buscar refletir sobre eles.

Contextos: o *Observatório Saúde na Mídia* e seus desafios

Em 2003, o Laboratório de Pesquisa em Comunicação e Saúde deu início à pesquisa intitulada “Avaliação da Comunicação na Prevenção da Dengue”, coordenada por Inesita Soares de Araújo. Entre os produtos previstos, estava a proposta de um observatório que monitorasse temas da saúde nos meios de comunicação. Esta ideia acabou sendo iniciada em 2008, ano seguinte ao término da pesquisa, quando foi criado o *Observatório Saúde na Mídia* (OSM). Proposto e coordenado pelo Icict, foi nesse momento realizado em parceria com outras unidades da Fiocruz, como a Coordenadoria de Comunicação Social da Presidência (RJ), o Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães (PE), a Diretoria Regional de Brasília (DF) e a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, através da revista RADIS (RJ).

Desde o seu início, o projeto teve como objetivos gerais “propiciar um acompanhamento crítico sobre os modos pelos quais os meios de comunicação produzem sentidos sobre o SUS e os temas específicos da saúde” e “contribuir para a luta pela democratização da comunicação na sociedade em geral e na saúde em particular” (ARAÚJO, 2008). Para tal, tinha como objetivos específicos: a) “monitorar meios de comunicação de grande circulação, em especial da imprensa escrita na abordagem do tema *saúde*”; b) “analisar os modos pelos quais os meios de comunicação constroem discursivamente os sentidos da saúde em geral e do SUS em particular” e c) “fazer circular por diversos meios e para todos os interessados - pesquisadores, gestores,

³ Embora escrito por mim, o texto expressa os dilemas e desafios enfrentados por toda a equipe, representando reflexões amadurecidas coletivamente. Agradeço a todos os participantes do OSM pelas contribuições e em especial a Izamara Bastos, com quem discuti essas questões em vários momentos e que redigiu comigo as diretrizes do protocolo de clípagem.

técnicos e população - os resultados dessas análises” (ARAÚJO, 2008).

Deu-se início então a uma coleta sistemática de textos jornalísticos, reunindo material dos seguintes veículos: *Globo* e *O Dia* no Rio de Janeiro, *Folha de S. Paulo* e *Jornal da Tarde* em São Paulo, *Correio Braziliense* em Brasília e *Jornal do Commercio* e *Folha de Pernambuco* em Recife. Neste primeiro momento, o critério de seleção dos periódicos obedecia aos seguintes parâmetros: ser um jornal de referência e outro de caráter mais popular e, visando sair do eixo Rio-São Paulo, aproveitar a presença da Fiocruz em outros estados, daí a parceria com o Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães em Recife e a regional da Fiocruz em Brasília.

Paralelamente ao processo de clipagem, o material reunido tinha algumas de suas características básicas registradas em uma ficha de classificação, criada em 2009, cujos dados eram inseridos na plataforma FORMSUS/DATASUS. No entanto, nenhuma análise de maior fôlego ainda fora feita, o que apenas ocorreu no ano de 2010, a partir da parceria firmada com o Núcleo de Comunicação da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, que durou até março de 2011. Neste momento, a equipe foi ampliada, o escopo de jornais aumentado (com a inclusão de *O Estado de S. Paulo/SP*, *Zero Hora/RS* e *Estado de Minas/MG*) e foram realizados seis relatórios, quatro sobre a Influenza H1N1 e dois sobre a dengue. O período monitorado permitiu ao Ministério da Saúde o acompanhamento da cobertura jornalística do ano de eclosão da pandemia (2009) e da Campanha Nacional de Vacinação contra a Influenza H1N1 (2010), bem como da dengue nos meses de pico epidêmico entre 2009 e 2010.

Após a rica experiência vivida nesta primeira etapa de análise, o OSM deu início a um processo de revisão de seus processos e atividades, o que acarretou a mudança de algumas das escolhas antes realizadas, como também a transformação das questões problematizadas em oportunidades de reflexão e

Comunicação, Saúde e Pluralidade: novos olhares e abordagens em pauta

produtos⁴. Dentre os temas abordados, um deles ocupou lugar de destaque: a definição e problematização do conceito de saúde.

O projeto inicial dizia que o objeto privilegiado de coleta e análise do OSM compreendia “temas do SUS e da saúde em geral”. Essa definição, embora não explicitasse o que se entendia por “saúde em geral”, acabava por dar a ideia de que se estava trabalhando com o que no campo da saúde se costuma chamar de “conceito ampliado de saúde” e que o Sistema Único de Saúde teria um lugar de destaque. As dificuldades enfrentadas pelo grande volume de material coletado levaram à necessidade de afunilar o recorte temático. Sendo assim, optou-se por manter em 2008 o foco no Sistema Único de Saúde, mas priorizando temas tais como: Atendimentos; Financiamentos; Hospitais; Políticas de Medicamentos – SUS e Medicamentos; Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) na área da SAÚDE - SUS (PAC SAÚDE); Surtos e Epidemias; Vigilância Sanitária. Após várias conversas, um novo momento de definição ocorreu – em março de 2009, ampliaram-se novamente os temas, acrescentando Alimentos e Substâncias associadas à Saúde; Divulgação das Ações em Saúde; Gestão em Saúde; Ministério da Saúde (e Secretarias de Saúde); OPAS; OMS; Pesquisa em Saúde; Postos de Saúde; Profissionais da Saúde; Vacinação; Vigilância Sanitária (LACES, 2014).

Estas escolhas eram consonantes com as opções políticas do Icict/Fiocruz em geral e do Laces em particular, que se alinhavam com os princípios da Reforma Sanitária. Movimento ocorrido no país nos anos 1980, pregava a reconfiguração do entendimento dos processos de saúde e doença contrapondo-se à concepção biomédica, “baseada na primazia do conhecimento anatomopatológico e na abordagem mecanicista do corpo, cujo

⁴ Em 2011 ofertamos um curso de atualização que funcionou simultaneamente como disciplina no Programa de Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde (PPGICS) do Icict/Fiocruz e que gerou o início da organização da coletânea *Saúde e Jornalismo: interfaces contemporâneas*; em 2012 demos início à digitalização de todo material levantado desde 2008 até 2013, bem como foi criada uma nova base de dados que acolhesse o material digital e permitisse buscas avançadas, substituindo o ficheiro do FORMSUS; em 2013 iniciamos a captação dos textos jornalísticos em PDF.

modelo assistencial está centrado no indivíduo, na doença, no hospital e no médico” (BATISTELLA, 2008). Neste contexto se deu a criação do “conceito ampliado de saúde”, de forte acento político, que recusava o entendimento desta noção como “o oposto de doença”, e propunha sua definição por outros elementos da vida social⁵. A luta por uma saúde pública de qualidade e pelo SUS como bandeira política que viabilizasse esse projeto era um dos princípios presentes e daí a sua relevância no momento de escolhas dos temas de monitoramento da saúde na mídia.

No entanto, a despeito das sucessivas tentativas de afinilamento e dos posicionamentos políticos, as dificuldades não cessavam e algumas questões despontavam: de que conceito de saúde, afinal, estávamos falando? Seria esse um *Observatório de Saúde na Mídia* ou um *Observatório de Saúde Pública na Mídia*? E as demais matérias que não tivessem um vínculo explícito com o SUS (saúde privada ou as relações entre saúde e estética, por exemplo), seriam elas excluídas da coleta?

A opção inicial pelos temas da saúde pública trouxe ainda outros desafios, pois indiretamente resvalámos em outro nível de escolha, que privilegiava as notícias *nacionais*. Assim, por exemplo, se mantivéssemos esse recorte, descartaríamos os textos jornalísticos sobre a pandemia de Influenza H1N1 na ocasião de seu surgimento no México, Canadá e EUA, e apenas iniciariamos a coleta na chegada da doença ao Brasil.

⁵ Trata-se do conceito formulado na VIII Conferência Nacional de Saúde em Brasília, 1986, resultado da intensa mobilização ocorrida em países da América Latina durante as décadas de 1970 e 1980. Surgiu como resposta aos regimes autoritários e à crise dos sistemas públicos de saúde, e seu amadurecimento ocorreu ao longo do processo de redemocratização brasileira, no âmbito do movimento da Reforma Sanitária (BATISTELLA, 2008). Seu enunciado, formulado na Constituição de 1988, diz: “Em sentido amplo, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. Sendo assim, é principalmente resultado das formas de organização social, de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.” (BRASIL, 1986, p. 4)

Outro ponto importante que nos inquietava dizia respeito ao lugar da mídia nesta investigação. O que de fato desejávamos acompanhar: a saúde *NA* mídia ou a saúde *DA* mídia? O nome do projeto, Observatório Saúde *NA* Mídia, poderia sutilmente sugerir que teríamos uma concepção prévia sobre “saúde” e iríamos investigar como esses subtemas da saúde, *previamente definidos*, apareciam nos jornais (o que de alguma forma foi o encaminhamento quando se tentou fazer o afunilamento temático). Mas isso seria diferente da ideia também presente na proposta original, que era acompanhar a cobertura jornalística identificando os temas mais recorrentes no noticiário para, *a partir deles*, selecionar o que deveria ser aprofundado analiticamente.

Essas duas possibilidades, próximas - porém distintas - e em alguma medida até antagônicas, conviviam em nosso trabalho cotidiano. Estávamos diante de duas lógicas diferentes: a lógica da saúde como campo político e de conhecimento, com questões específicas, temas prioritários etc. *versus* a lógica da mídia, que por sua vez também tinha suas prioridades e dinâmicas próprias de funcionamento. Embora soubéssemos que não eram lógicas excludentes, mas que se interpenetravam, a ênfase no primeiro ou no segundo caso traria desdobramentos práticos. Por exemplo, ou bem teríamos uma lista de temas definidos a priori para serem investigados nos jornais, ou bem faríamos uma leitura flutuante para ver o que os jornais estariam trazendo sobre saúde e então selecionaríamos as matérias a serem arquivadas. Mais ainda, para que essa última opção fosse levada a cabo, outro dilema se impunha: como localizar *o que a mídia considerava como saúde*? Seria possível identificar isso, para além da coleta dos textos publicados nas editorias explicitamente assim nomeadas?

Houve, portanto, num determinado momento, uma mudança de encaminhamento. Optou-se por expandir o conceito de saúde, abrindo mão da seleção de temas pré-definidos e da ênfase na saúde pública. Isso incluía também não adotar previamente o conceito ampliado de saúde, que era formulado dentro do campo da saúde coletiva. Queríamos identificar como essas questões apareciam nos jornais, fossem elas convergentes ou não com o debate anteriormente exposto. Acreditávamos que assim teríamos

uma visão mais abrangente desses processos, o que nos permitiria inclusive compreender melhor suas especificidades no que dizia respeito ao próprio SUS. Entendíamos esses deslocamentos como mais uma etapa na trajetória do projeto, cuja origem remontava ao monitoramento da dengue, depois havia se voltado aos temas da saúde pública e, nessa etapa, acolhia uma perspectiva mais abrangente.

Saúde não é um conceito auto-evidente

Para se compreender algumas das opções realizadas pelo OSM, seria interessante problematizar teoricamente o conceito de saúde⁶. Este empreendimento deve, no entanto, ser precedido por uma formulação mais geral, ligada ao entendimento sobre a própria questão da linguagem. Pois nenhum conceito é auto-evidente, ele não carrega *um sentido em si*, imanente, mas é histórica e socialmente construído.

Foucault, em seu trabalho *A arqueologia do saber*, chama a atenção à historicidade do discurso. O autor destaca que os discursos não podem ser pensados como conjuntos de signos e elementos significantes que remeteriam a determinadas representações e conteúdos, tal como pensavam os estruturalistas influenciados por Saussure, mas como um conjunto de *práticas discursivas* que instauram os objetos sobre os quais enunciam, circunscrevem os conceitos, legitimam os sujeitos enunciadores e fixam as estratégias que rareiam os atos discursivos. Esses enunciados manifestam uma “vontade de verdade” e são condicionados por um conjunto de regularidades internas, constituindo um sistema relativamente autônomo, denominado de *formação discursiva*. Segundo ele, a noção de discurso seria: “um conjunto de regras anônimas, históricas, sempre determinadas no tempo e no espaço, que definiram em uma dada época, e para uma área social, econômica, geográfica ou linguística dada, as

⁶ Entendemos que os conceitos de “saúde” e “doença” estão interligados. Portanto, no presente artigo não faremos distinção entre esses termos, entendendo-os no âmbito dos *processos de saúde e doença*.

condições de exercício da função enunciativa” (FOUCAULT, 2013).

Bakhtin, em seu trabalho *Marxismo e filosofia da linguagem*, é outro autor que nos auxilia a compreender melhor esta questão. Trazendo uma perspectiva mais dinâmica à noção de discurso, ele centra a sua atenção na dimensão viva da linguagem. Sua premissa é semelhante ao que foi dito, ou seja, o autor assinala a dimensão social do que denomina de “sistema de língua”, e para ele toda fala é dada pelo social, seja porque seu sentido é historicamente dado, *seja porque ele se constitui “no processo de comunicação ininterrupto, é um elemento do diálogo, no sentido amplo”* (grifo nosso). Assim, não se trata de um sistema fixo, mas representa uma realidade extremamente dinâmica e viva diante das interações verbais dos interlocutores, estando, assim, em constante transformação. Bakhtin valoriza a fala, ou seja, a palavra em uso, que guarda simultaneamente as marcas daquele que a profere, mas também do seu contexto. Diz ele que “todo signo, inclusive o da individualidade, é social” (BAKHTIN, 2006, p.50).

Outro ponto importante a ser destacado é que o autor chama a atenção ao caráter polifônico do discurso. Partindo do estudo da obra de Dostoiévski, Bakhtin defende a ideia de que, assim como no romance, ora se orquestram, ora se digladiam linguagens sociais que são a expressão da diversidade social que o romancista quer representar na sua escrita. Podemos partir das ideias do autor para expandi-las entendendo a polifonia como parte constitutiva da enunciação, já que em um mesmo texto ocorrem diferentes vozes que se expressam, e que todo discurso é formado por diversos discursos. Esta afirmativa tem um desdobramento importante, pois a linguagem é vista como um campo de disputa, uma arena em que há conflito e luta pelos sentidos, que nunca se fecham. Esta formulação se aplica ao conceito de saúde: trata-se de um objeto histórico, em transformação, cujo sentido é dado pelos diferentes contextos e está situado em um campo de disputas nos quais diferentes atores sociais possuem visões de mundo e práticas particulares.

A formulação teórica anteriormente exposta é o ponto de partida para que possamos estabelecer um projeto que tenha os

processos de saúde e doença como campo de investigação. Ela implica no reconhecimento da necessidade de se desnaturalizar tal conceito, entendendo-o como forjado a partir de vários contextos (históricos, sociais, políticos, econômicos...) e em constante transformação.

Tendo isso em mente, seria interessante explorar um primeiro nível contextual na construção de sentidos sobre o tema, ligado a uma visão mais abrangente sobre os processos históricos que marcam determinados sentidos sobre a saúde na contemporaneidade. Para tal, o trabalho de Michel Foucault em seu livro *O Nascimento da Clínica* é de grande utilidade, pois nos auxilia a compreender a emergência da concepção moderna de medicina – e, conseqüentemente, de saúde e doença. Foucault aponta que mudanças ocorridas a partir do século XVIII levaram a deslocamentos de uma medicina classificatória para a anátomo-clínica. A primeira seria a *medicina das espécies*, de natureza histórica, na qual os sintomas se tornavam aparentes e encadeados de forma clara e ordenada, compondo o que era interpretado pelos médicos como doença. Nesse modelo, conhecer e definir as enfermidades era um trabalho de hierarquização e classificação por famílias, gêneros e espécies (daí ele chamar de “medicina classificatória”). Em contrapartida, a partir do século XVIII, ocorreu uma reordenação do “regime do visível”, ocasionando uma nova espacialização da doença no corpo. Na *medicina dos órgãos*, ocorrida a partir da anátomo-patologia, o corpo se torna opaco e a localização da doença não é mais dispersa, mas reside em um órgão, a partir do qual a doença se irradia; o foco, até então *no doente*, passa a estar *na doença*.

Rosenberg, em outro trabalho, aponta como a doença passou a ser vista como uma “entidade específica”, e assinala isto a partir do processo descrito por Foucault, mas também por marcos posteriores, como a descoberta da “teoria dos germes”, quando se descobriu serem os microorganismos patogênicos os causadores das doenças (ROSENBERG, 1992, p.8). O historiador nos lembra que as concepções de doença não apenas refletem um conhecimento abstrato, mas têm impactos nas relações sociais concretas, como por exemplo, o que se entende pela prática

médica, as interações entre médicos, pacientes e suas famílias, a visão dos pacientes sobre si e sobre o outro e assim por diante. Foucault em alguma medida já sinalizava isso quando demonstrou que a emergência da medicina moderna levou a que os médicos deixassem de ser meros “ajudantes” em um processo que “independia” deles, passando a ser os protagonistas das práticas terapêuticas e tornando o hospital, antes visto como um lugar dos excluídos e espaço da morte, local de cura e de aprendizado.

O processo descrito por esses autores, no entanto, não deve ser visto de forma estática. O século XX novamente presenciou sucessivos movimentos de redefinição no que se considerava “doença”, o que foi motivado, entre outras coisas, pelas novas descobertas tecnológicas. Esse novo cenário trouxe desdobramentos importantes, dentre os quais se destaca as fronteiras entre o “normal” e o “patológico”. Diferente da concepção moderna na qual a patologia era apenas detectada quando o sintoma se manifestava e era a expressão de uma lesão a ser identificada, com a descoberta dos fatores de risco passou-se a buscar alguma alteração anatômica ou fisiológica antes mesmo de haver sintoma. O que se descobre, então, não é a doença já constituída, mas sua provável manifestação futura (VAZ e PORTUGAL, 2012, p. 47-48).

Esse novo cenário trouxe uma significativa redefinição das fronteiras entre quem é considerado saudável e doente, buscando-se descobrir a doença de forma cada vez mais antecipada. Os marcadores de diagnóstico de diabetes, hipertensão, osteoporose, obesidade tornaram-se crescentemente mais rigorosos, gerando o expressivo alargamento dos que podem estar incluídos sob uma categoria patológica e o que alguns autores chamam de “epidemia de diagnóstico” (WELCH, SCHWARTZ e WOLOSHIN, 2007). Essa disseminação da classificação de “doente” se dá também pela ressignificação de eventos antes considerados como pertinentes ao ciclo “natural” da vida sob a ótica da esfera biomédica, no que muitos autores denominam de “medicalização” da sociedade (ZOLA, 1972; CONRAD, 1992).

Queremos neste momento chamar a atenção para duas questões. A primeira é relativa à força da saúde no contexto

contemporâneo – não apenas no sentido de sua importância, do valor que adquiriu em nossa sociedade, em que cada vez mais buscamos “evitar as doenças” ou “nos tornar saudáveis” (o que impacta o tempo que empregamos no autocuidado, o dinheiro que gastamos para preservar o corpo, a ampliação dos espaços sociais que abordam o tema – a mídia, a escola, o governo...), mas também em relação à ampliação de seus limites e fronteiras, alargando em grande medida o escopo do que se considera no âmbito dos processos de saúde/doença. Essa questão se expressa com bastante contundência nos cenários internacional e nacional, em particular, a partir de toda a discussão sobre o tema da promoção da saúde. Como foi dito anteriormente, no caso do Brasil, o conceito de saúde adquiriu sentidos próprios por ocasião da Reforma Sanitária, ampliando em grande medida o que se entende por esse termo (o “conceito ampliado de saúde”) e as práticas que fazemos para atingir o que alguns entendem como esse estado desejável de vida. No entanto, mesmo o conceito de promoção da saúde sofreu mudanças ao longo do tempo e não se constitui um termo estável, tendo perspectivas distintas e antagônicas no campo da saúde.

Cabe destacar que, embora os autores acima evocados nos tragam subsídios para o entendimento dos deslocamentos de sentidos que o conceito de saúde/doença sofreu nos últimos tempos, eles não esgotam a questão. Isso porque eles descrevem grandes processos, os quais não são nem homogêneos nem tampouco lineares. Esses grandes quadros explicativos nos proporcionam a clareza acerca da necessidade de se colocar em suspenso os sentidos sobre saúde, entendendo que eles são, ao mesmo tempo, definidos histórica e culturalmente, mas por outro lado estão em constante transformação e apresentam diferenciações internas que necessitam ser investigadas.

Do ponto de vista de quem?

Ao tentar definir o conceito de doença, Arthur Kleinman chama a atenção para o fato de que, mesmo dentro de uma sociedade específica, o entendimento sobre esse fenômeno e as formas de se lidar com ele podem variar. O autor chega a propor

nomes distintos para conceituar essas diferenças, onde “*illness*” seria a doença vivida do ponto de vista dos pacientes e seus familiares, “*disease*” do ponto de vista médico e “*sickness*” revelaria uma visão mais genérica e social da epidemiologia (KLEINMAN, 1988). O autor certamente não está defendendo uma homogeneidade em cada uma destas perspectivas (embora elas apresentem regularidades), sendo possível identificar distinções segundo outras variáveis (classe social, gênero, geração e assim por diante). As ciências sociais vêm, já algum tempo, buscando levar em conta os marcadores sociais no entendimento das visões de mundo e experiências relativas aos fenômenos do adoecimento e das práticas do cuidado e da saúde.

No entanto, se já é difundida a ideia de que esses processos não são concebidos de forma homogênea e estanque, no entanto ainda é tímida a problematização do papel e da importância dos meios de comunicação como ator social na produção de sentidos sobre a saúde. São frequentes as abordagens polarizadas, que ou tomam a mídia como um espaço *transparente* através do qual diferentes vozes se fazem ouvir (o discurso médico, leigo, governamental...), ou então como um ator único, homogêneo, cujos interesses estariam claramente a serviço do capital, e no qual as especificidades da saúde não são contempladas e, muito menos, valorizadas.

Certamente vários pontos trazidos por estas abordagens têm contribuições importantes e é preciso aproveitá-las produtivamente. De fato, os meios de comunicação se constituem um espaço no qual se faz ouvir a voz de diversos atores sociais como pacientes, gestores, movimentos sociais, entre outros. Isso ocorre seja de forma explícita, como fonte jornalística, ou implícita, reproduzindo a perspectiva de um dado grupo social. No entanto, os meios de comunicação não se constituem meros espaços de “reprodução” dos discursos circulantes, mas espaços de produção discursiva sobre o mundo que opera através da seleção, organização e transformação de *fatos em acontecimentos jornalísticos*, resultando na composição de um texto ao qual chamamos de “jornal”. Sendo de natureza “exotérica”, o jornalismo se apropria da simbólica de diferentes discursos especializados e os exhibe de modo mais

compreensível (RODRIGUES, 2012, p.230-31). Isso leva à presença de outros atores “convocados” nesta cena discursiva, mas sua apropriação pelo jornal acaba por promover um arranjo particular destas falas, produzindo sentidos próprios nesta orquestração.

Esse discurso, por sua vez, é sempre dividido, tensionado pelas vozes que nele existem, mas que ao mesmo tempo não eliminam sua constituição enquanto um ator social. Menos do que uma fala maquiavelmente orquestrada (posição que não significa negar a existência de interesses econômicos, políticos, de grupos setorializados e assim por diante), trata-se de um espaço com contradições, conflitos e fissuras internas. Cabe também lembrar que não se trata de um ator homogêneo, pois como qualquer prática discursiva o jornalismo não é um bloco unívoco. Ele “conjuga dinamicamente uma série de credenciais envolvidas em sua missão social, segundo racionalidades, regras, processos e atores que sustentam dispositivos e estratégias que lhes são próprios, em meio à micro e macroprocessos de negociação e disputa que configuram as condições de sua produção em cada momento histórico e contextos específicos” (CARDOSO, 2012, p.255).

Esta perspectiva sobre o jornalismo nos leva à ideia de que ele produz classificações sobre o mundo, constituindo-se um espaço pertinente de investigação: quais seriam, então, as *classificações midiáticas sobre a saúde*? No entanto, essas classificações não se dão no “vácuo”: elas dialogam com os contextos específicos do próprio jornalismo, na sua especificidade brasileira, do veículo em questão, dos profissionais envolvidos. Dialogam também com as classificações médicas, cuja autoridade e legitimidade permanecem fortemente no século XXI. Por exemplo, as terminologias utilizadas, como o nome das doenças, não são criadas pelos jornalistas, mas sim apropriadas do repertório médico e ressignificadas. As agendas da saúde ecoam no discurso jornalístico, cujos agentes (redatores, repórteres, editores) também estão inseridos nesse mesmo contexto anteriormente detalhado. Outros atores também estão presentes. Em outras palavras, são múltiplas as classificações, e é o entendimento sobre o seu arranjo

particular, suas convergências, interpenetrações ou ainda conflitos e divergências que constitui um dos objetivos deste projeto.

Clipagem: como operacionalizar?

O que foi dito até agora circunscreve um conjunto de questões teóricas, no entanto, os desafios não se esgotam. Permanece ainda a pergunta: como fazer, do ponto de vista prático, a identificação da saúde nos jornais monitorados? Como entender o modo pelo qual a saúde é classificada *pela mídia*, ainda que se leve em conta a natureza múltipla, híbrida e polifônica destas classificações? Essa identificação envolveria tanto o que a mídia estaria entendendo como saúde (saneamento seria saúde, dentro desta lógica?) como os sentidos específicos presentes naquele contexto enunciativo (qual o entendimento do jornal sobre as relações entre saneamento e saúde, sua perspectiva sobre esses temas)?⁷

Para encaminhar estas questões, a primeira decisão tomada pelo OSM foi coletar *todo e qualquer texto* presente na editoria “Saúde”. Acreditávamos que esta se configuraria uma via relativamente segura de afirmar que, *do ponto de vista do jornal*, determinados temas e questões eram entendidos como tal. Assim, caso um tema ligado a cosméticos, saneamento ou envelhecimento viesse dentro desta editoria, não se hesitaria em coletá-lo.

No entanto, algumas questões ainda se colocavam: nem todo jornal apresentava uma editoria assim identificada, ou então elas possuíam caráter híbrido. Por exemplo, *O Globo*, em março de 2014, teve um reordenamento interno e a editoria “Saúde” passou a se chamar “Sociedade”, englobando notícias de Ciência, Saúde, Educação, Digital e Mídia, Religião, Sexo e História. Na *Folha de S. Paulo* essa editoria chama-se “Saúde + Ciência Vida e Ambiente”; já no *Estado de S. Paulo* a seção chama-se “Vida”.

As zonas de indeterminação não cessavam, pois mesmo que um periódico apresentasse um espaço explicitamente dedicado ao tema, isso não excluiria a presença, ao longo do jornal, de outros

⁷ Objetivamos, no futuro, realizar entrevistas com os profissionais dos jornais monitorados para ampliar nosso entendimento sobre o tema.

textos relacionados à saúde. Esta questão é fortemente presente, por exemplo, nas editorias de política ou nacional, onde em geral são discutidos assuntos de políticas públicas, orçamento, gestão, muitas vezes atravessados por discussões político-partidárias. Da mesma forma, as editorias locais (“*Cotidiano*”/*FSP*, “*Metrópole*”/*O Estado de S. Paulo*, “*Rio*”/*O Globo*, “*Rio de Janeiro*”/*O Dia*), são repletas de notícias mais “quentes” que em geral reúnem epidemias e surtos ocorridos na cidade, bem como temas da promoção e prevenção. Pesquisas sobre doenças e novos tratamentos em geral aparecem nas editorias de “*Ciência*”. Ou seja, a presença da saúde é transversal, e a identificação da distribuição dos temas pelas seções é um espaço extremamente rico para se compreender os sentidos produzidos. Afinal, por que um tema vem na seção x e não y? Os sistemas de nomeação, bem como sua localização no jornal, são elementos fundamentais para o entendimento das questões em jogo e, portanto, não poderiam ser ignorados.

Se por um lado reconhecíamos a importância de se coletar os textos sobre saúde fora das editorias assim nomeadas, por outro o desafio permanecia: como identificar se determinada matéria era ou não entendida como referente a este tema? Diante da constatação de que as classificações não eram “puras”, nos propusemos a criar critérios híbridos que ajudassem a operacionalizar esse processo de seleção, que expomos a seguir.

Os critérios

Para identificar se estava presente a associação do texto jornalístico *com saúde*, orientamos a localização de alguns elementos que justificassem a coleta:

a) Referência a categorias profissionais da saúde: médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, psicanalistas, agentes de saúde e assim por diante. Assim, se uma reportagem sobre o crack envolvesse profissionais da saúde, deixando claro que esse tema era visto do ponto de vista médico, ele seria coletado. Se o texto se referisse exclusivamente a uma apreensão de drogas pela polícia federal, pela lógica criminal, estaria excluído;

b) Referência a instâncias políticas da saúde: Ministério da Saúde, Secretarias de Saúde (nos três níveis de governo: federal, estadual e municipal), organismos internacionais (Organização Mundial de Saúde/OMS, Organização Pan-Americana de Saúde/OPAS, ONU), ONG's e Movimentos Sociais (Hanseníase/MOHAN, HIV-Aids/ABIA) etc;

c) Referência a instituições médicas e da saúde em geral: Hospitais, Unidades de Pronto-Atendimento, Centros de Saúde, Clínicas, Consultórios etc. Mesmo que o tema da matéria não versasse sobre procedimentos médicos, mas, por exemplo, sobre a reforma de um hospital, desabamento de teto em centro de saúde etc., ela seria incluída;

d) Referência a órgãos de classe ou órgãos de controle social da saúde: Sindicatos de profissionais da saúde, Associações, Conselhos de classes, ANS, Agência Nacional de Vigilância Sanitária/ANVISA etc;

e) Associação com os processos de saúde-doença, seja nas manifestações de agravos, ou nas formas diferenciadas de evitá-los. Ex.: alusão a doenças de todos os tipos, questionamentos se um dado comportamento é ou não relativo ao campo da saúde, como o debate sobre a suposta dimensão patológica da homossexualidade, remédios, vacinas, cirurgias, práticas de exercícios (desde que *visando à melhoria da saúde*) etc.

f) Observação dos sistemas de nomeação, percebendo a presença de termos indicativos do campo médico/da saúde, tais como “curar”, “medicar”, “saúde”, “saudável”. Ex.: Uma nota na Coluna Ancelmo Góis (*O Globo*) relata um acidente ocorrido com Mônica Serra, que teve como consequência a fratura de seu braço. O título da nota é “Caso Médico”, o que indica que o colunista enquadrou aquele evento como algo referido ao campo da saúde, ainda que esteja também vinculado à política.

Embora a definição dos critérios tenha nos ajudado a clarear os procedimentos e a diminuir as diferenças na atuação dos profissionais envolvidos na coleta, ainda permaneciam dúvidas. Frequentemente nos deparávamos com o que denominávamos de “zonas de sombra”, textos ambíguos que não se encaixavam nos parâmetros estabelecidos. Um primeiro exemplo refere-se a

matérias sobre deficientes e acessibilidade. Eventualmente víamos textos abordando as dificuldades de cadeirantes em locais públicos e sua luta por melhoria das condições de vida. Este é um caso em que um campo de tensões se estabelece. Para muitos, o tema da deficiência física é um tema da saúde, pois envolve o corpo, cuidados médicos, alguma patologia originária. No entanto, nem sempre o jornal faz alusão explícita a estes elementos, enfocando unicamente a dimensão dos direitos humanos e sociais. Seria a mera presença dos deficientes o bastante para classificar esse tema do âmbito da saúde? Que elementos teríamos para afirmar que o jornal estaria considerando isso um caso da saúde?⁸ O mesmo ocorre com o tema do aborto. Durante a campanha eleitoral para a presidência em 2014, o então candidato à presidência da República Eduardo Campos afirmou ser contra este procedimento. Os jornais noticiaram amplamente o tema, e em vários textos o que estava em jogo eram argumentos religiosos, políticos, feministas, de direitos humanos... A mera menção do aborto – que não necessariamente precisa ser realizado em espaços médicos – seria suficiente para a sua inclusão no arquivo do OSM? Qual o critério que o define como estando no âmbito da saúde? Sua ocorrência no corpo? Todo e qualquer evento no corpo justificaria a coleta?

Por fim, um último exemplo refere-se a temas de saúde ligados a celebridades – sejam eles artistas, políticos ou atletas. A notícia de uma atriz fazendo dieta *para melhorar a saúde* seria incluída, no entanto, e se a atriz não evidenciasse que era para esta ou outra finalidade qualquer? A simples menção à dieta é algo do campo da saúde...? Contusões de atletas, exames anti-*dopping* são eventos médicos e povoam o noticiário cotidianamente, no entanto, justifica-se a sua inclusão...? Quais os limites entre o que é pertinente e o que *até está dentro do escopo*, mas de forma tão

⁸ Esse tema é especialmente rico, pois envolve as disputas de sentidos sobre a saúde por diferentes grupos sociais e os processos de medicalização e desmedicalização envolvidos. O movimento das pessoas com deficiência advoga em favor de uma visão desta condição não como doença, mas como outra possibilidade de existência. Trata-se de uma luta pela *alteridade* e pelo conceito de *diferença*.

periférica que acaba por inflar o arquivo...? Qual seria o ponto de corte...?⁹

Alguns comentários finais ou *cada escolha tem uma consequência...*

Este artigo teve como objetivo problematizar os dilemas e impasses vividos pelos integrantes do OSM ao longo de suas atividades. Como foi dito, não se tratava necessariamente de resolver as questões trazidas, e sim de compartilhar os desafios enfrentados ao se tomar o conceito de saúde como objeto de investigação. Ressaltamos a importância de se dar visibilidade aos *processos de pesquisa*, com suas dúvidas, erros e escolhas. Em geral os artigos científicos apresentam apenas os resultados finais, como se eles fossem fruto de um processo linear e sem sobressaltos. Acreditamos que trazer a público essas dificuldades pode contribuir para o avanço do debate acadêmico, representando uma oportunidade para que outros pesquisadores reflitam sobre seus próprios processos a partir dos dilemas e escolhas de outras experiências.

No que tange aos nossos desafios, buscamos enfatizar, neste artigo, a dimensão teórica do conceito de saúde, ressaltando que seus sentidos são histórica e socialmente construídos. Essa perspectiva tinha como objetivo proporcionar uma visão desnaturalizante do conceito, tomando-o, ao contrário, como objeto de investigação. Tal pressuposto teórico, no entanto, trouxe desdobramentos metodológicos: como então identificar o que aparecia como saúde nos jornais? A busca pelo estabelecimento de critérios qualitativos representou um grande avanço na operacionalização do projeto, no entanto, não eliminou a totalidade

⁹ O OSM promoveu também a discussão sobre a centralidade do tema saúde no texto jornalístico como critério. Se a saúde fosse assunto principal ou mesmo secundário, mas tivesse relevância no argumento do texto, seria coletado. Caso fosse uma referência muito pontual, seria descartado. A implementação deste critério em vários casos acarreta dúvidas, mas foge ao alcance deste *paper* discutir tal questão.

dos desafios encontrados. Seja pelas zonas de sombra, seja pelo grande alargamento do que decidimos que poderia ser clipado.

Esse alargamento nos trouxe um novo dilema: um arquivo que se constituía simultaneamente pelo excesso e pela falta. Excesso porque a opção por essa perspectiva mais abrangente nos fez reunir uma massa significativa de textos. Para se ter uma noção do volume coletado até hoje (2014), desde meados de 2008 reunimos mais de 20.000 páginas de jornal. Por outro lado, a coleta focada apenas no recorte da saúde acabava por limitar a clipagem mais abrangente de temas específicos, comprometendo sua utilidade para determinadas pesquisas. Por exemplo, se um grupo que trabalha sobre envelhecimento quiser utilizar nosso acervo para entender os sentidos do tema na mídia, apenas contará com um resultado parcial, que associa explicitamente envelhecimento aos processos de saúde e doença. Se o jornal fizer uma matéria sobre um idoso que foi barrado ao comprar ingresso com meia entrada em um espetáculo, isso não estará no nosso escopo (mas estaria em projetos sobre envelhecimento).

Acreditamos que as questões vivenciadas se colocam devido a algumas características específicas desta experiência. O OSM vive a tensão entre ser um projeto guarda-chuva e ao mesmo tempo atender de forma adequada a projetos de pesquisa monotemáticos. Seu caráter híbrido de *arquivo* (que objetiva armazenar e disponibilizar textos jornalísticos sobre saúde), *monitoramento* (que pretende criar indicadores sobre a saúde na mídia) e *projeto de pesquisa* (que também desenvolve investigações acadêmicas) acaba criando impasses diante de necessidades que se contradizem. No entanto, como qualquer experiência, fazer pesquisa implica inevitavelmente em opções. A ideia das perdas é sempre difícil, mas é constitutiva para que projetos sejam viabilizados. Talvez a grande questão seja pensar nos ganhos das escolhas empreendidas. As possibilidades que este arquivo nos traz são inúmeras, e seus primeiros resultados já apontam para esse grande potencial a ser aproveitado, tanto pela equipe diretamente ligada a ele, como para os demais interessados no tema que se disponham a explorá-lo.

Referências

ARAÚJO, Inesita. **Projeto do Observatório Saúde na Mídia**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

BAKHTIN, Mikhail. **Marxismo e filosofia da linguagem**. São Paulo: HUCITEC, 2006.

BATISTELLA, Carlos. “Abordagens contemporâneas do conceito de saúde.” In: **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2008. Versão digital acesso em 16/07/2014

<http://www.epsjv.fiocruz.br/pdts/index.php?id=3&prioridade=3> .

BRASIL. *Ministério da Saúde*. **VIII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. (Anais)

CAMARGO JR., Kenneth Rochel de. As armadilhas do conceito positivo de saúde. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 76(1):63-76, 2007

CARDOSO, Janine. **Entre vítimas e cidadãos: risco, sofrimento e política nas narrativas do Jornal Nacional sobre as epidemias de dengue (1986-2008)**. Tese (Doutorado em Comunicação e Cultura) – Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, Escola de Comunicação – ECO, 2012.

CONRAD, Peter. Medicalization and social control. **Annual Review of Sociology**. 18:209-32, 1992.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977.

_____. **A arqueologia do saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2013.

KLEINMANN, Arthur. **The illness narratives** – suffering, healing and the Human Condition. Basic Books, 1988, caps 1 e 2.

LACES. **Protocolo de Clipagem**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

LERNER, Kátia; CARDOSO, Janine; ARAÚJO, Inesita Soares de. “Pesquisa e ensino em comunicação e saúde no Brasil”. In:

BARBOSA, Marialva.; MACHADO, Maria Berenice da Costa; SACRAMENTO, Igor. (eds). **Panorama da Comunicação e das Telecomunicações no Brasil 2012-2013**. Memória, v. 4. Brasília: IPEA, 2013.

LERNER, Kátia; SACRAMENTO, Igor (org.). **Saúde e Jornalismo: interfaces contemporâneas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014.

RODRIGUES, Adriano Duarte. “Delimitação, natureza e funções do discurso midiático”. In: MOUILLAUD, Maurice. **O jornal** - da forma ao sentido. Brasília: Ed. UNB, 2012.

ROSENBERG, Charles. **Framing disease**. Cambridge: Cambridge University Press, 1992.

VAZ, Paulo; POMBO, Mariana; FANTINATO, Maria; PECLY, Guilherme. O fator de risco na mídia. **Interface** (Botucatu) [serial on the Internet]. 11(21): 145-153, 2007.

_____. PORTUGAL, Daniel. A nova ‘boa-nova’: marketing de medicamentos e jornalismo científico nas páginas da revista brasileira Veja. **Comunicação, mídia e consumo**. 9(26):37-60, 2012.

WELCH, Gilbert; SCHWARTZ, Lisa; WOLOSHIN, Steven. What’s making us sick is an epidemic of diagnoses. **New York Times**, Jan 2, 2007.

ZOLA, Irving Kenneth. Medicine as an institution of social control. **The Sociological Review**. Volume 20, Issue 4, pages 487–504, November 1972.

Capítulo 11

A COMUNICAÇÃO QUE NÃO SE VÊ: UM ESTUDO SOBRE A COMUNICAÇÃO INTERNA NA FUNDAÇÃO DORINA NOWILL PARA CEGOS

**Andrea Aparecida Quirino Miguel
Arquimedes Personi**

Introdução

A comunicação é basicamente o processo de troca de informações. O problema é que a grande quantidade de barreiras e ruídos acaba, por vezes, impedindo que o fluxo de informações ocorra da forma como foi planejado.

O objetivo desta pesquisa é investigar a comunicação interna para os deficientes visuais, público este que necessita de ferramentas especiais para acessar a comunicação interna no seu local de trabalho. O estudo foi feito na Fundação Dorina Nowill para Cegos, situada em São Paulo. A escolha pela Fundação se deve pelo fato de ser tradicional em São Paulo, com 68 anos de existência e com o propósito de incluir pessoas com deficiência visual no trabalho por meio de produção e distribuição de livros em Braille (sistema de leitura com tato para cegos), falados e digitais. Também visa à inclusão por meio de contratação de profissionais deficientes visuais na própria Fundação.

No caso da Fundação Dorina Nowill para Cegos foi pesquisado como a comunicação interna é feita tendo como público-alvo funcionários deficientes visuais (cegos e com baixa visão). Além destes, a pesquisa inclui uma amostra de funcionários não deficientes visuais e como estes recebem a comunicação interna voltada aos colaboradores deficientes visuais na empresa.

Comunicação, Saúde e Pluralidade: novos olhares e abordagens em pauta

A metodologia aplicada na pesquisa foi o estudo de caso de caráter qualitativo. Como instrumentos de pesquisa foram utilizados questionários para deficientes visuais e não deficientes. Foram feitas constantes visitas à Fundação e conversas com diversos colaboradores com o intuito de analisar o funcionamento da comunicação interna da entidade.

Em busca de uma comunicação eficaz

Em seu conceito, a comunicação organizacional compreende um conjunto de atividades, ações, estratégias, produtos e processos desenvolvidos para reforçar a imagem de uma empresa ou entidade (sindicatos, órgãos governamentais, ONGs, associações, universidades etc) junto aos seus públicos de interesse (consumidores, fornecedores, acionistas, empregados, formadores de opinião, classe política ou empresarial, comunidade acadêmica ou financeira, jornalistas etc).

A comunicação passa constantemente por mudanças devido às novas tecnologias, que proporcionam uma relação inovadora entre a empresa e seu público, seja ele externo ou interno e é preciso que as empresas se adequem a essas modificações.

De acordo com Baldissera (2009, p.119) ainda é possível redimensionar a noção de comunicação organizacional para que contemple outras materializações comunicacionais que dizem respeito às organizações, mas que pouco são pensadas como comunicação organizacional. Trata-se dos processos de comunicação informal indiretos; aqueles que se realizam fora do âmbito organizacional e que dizem respeito à organização – algo como a organização falada.

Cardoso (2006, p. 1127) argumenta que o mundo globalizado tem produzido mudanças significativas na gestão dos negócios. Novas práticas administrativas e gerenciais têm surgido nas últimas décadas, não só como resultado da busca incessante pela produtividade, qualidade e satisfação do cliente, mas também em consequência da preocupação com o meio ambiente.

Baldissera (2009, p. 118) ainda aponta que:

Comunicação, Saúde e Pluralidade: novos olhares e abordagens em pauta

Em grau mais complexo, pode-se falar da comunicação organizacional em seu nível de organização comunicante. Aqui, ultrapassando o âmbito da fala autorizada, atenta-se para todo processo comunicacional que se atualiza quando, de alguma forma e em algum nível, qualquer sujeito (pessoa, público) estabelecer relação com a organização.

Lisboa Filho e Godoy (2006, p.01) ressaltam que:

As empresas necessitam de programas e estratégias que, além de valorizar e motivar seu quadro funcional auxiliem no desenvolvimento pessoal e profissional dos mesmos, a ponto de transformá-los em diferenciais competitivos para a organização. O desenvolvimento de ações que visam melhorar o desempenho individual e coletivo pode assegurar um aumento de produtividade e uma maior competitividade no mercado.

A partir da segunda metade do século XX, quando a comunicação virtual passou a fazer parte do dia a dia das pessoas, as organizações viram a necessidade de rever os modelos de comunicação. “Hoje, a comunicação passa necessariamente pelas novas tecnologias, que proporcionam uma relação inovadora entre a organização e seus públicos de interesse”, explica Lupetti (2009, p.15).

A comunicação interna é voltada a todos os colaboradores da empresa, ou seja, diretoria, gerência, coordenadores e auxiliares.

Tem como finalidade propiciar meios para promover a integração entre eles, compatibilizando os interesses dos funcionários aos da empresa. Incentiva a troca de informações e estimula as experiências e o diálogo, bem como a participação de todos, a

Comunicação, Saúde e Pluralidade: novos olhares e abordagens em pauta

fim de atingir os objetivos gerais da organização (LUPETTI, 2009, p. 21).

A comunicação interna, tornada a todos os colaboradores das organizações, tem como objetivo promover a integração dos funcionários, a troca de informação, o estímulo às experiências e ao diálogo. Para tanto, desenvolve programas de prevenção de acidentes, de aperfeiçoamento profissional, campanhas de criatividade e competitividade etc (LUPETTI, 2009, p. 27).

Marchiori (2008, p.83) explica que a organização promove a interação humana e se apresenta como uma “mini-sociedade, formada por construções sociais” que se processam no convívio entre os funcionários, as lideranças e os administradores dos postos de comando de nível mais elevado. A convivência e a interação entre os membros de uma organização se reproduzem externamente como a imagem da própria organização.

Barbi (2011, p. 66) diz que a comunicação interna fundamenta a sua importância em motivos como promover uma relação transparente entre empresa e empregado, pois os funcionários são os porta-vozes ou até mesmo os propagandistas de onde trabalham. Se a opinião deles for negativa, certamente, a empresa terá sua imagem comprometida perante o público externo.

A comunicação interna deriva da necessidade de transmitir ao público da casa, com frequência e clareza, o pensamento e ação da empresa, destacando-se as posições que assumem seus dirigentes e a consciência social que tem. Deve o empresário dar prioridade à informação? Sim, porque só desta forma habilitará suas audiências interna e externa a conhecerem a realidade da empresa. É por este caminho que poderá fortalecer os vínculos sociais da sua organização (BAHIA, 1995, p.32).

De acordo com o relatório da Abracom (2012, p.12), utilizar a comunicação interna é um dos pilares do processo produtivo de uma empresa, pois ela permeia todos os sistemas de gestão como

Comunicação, Saúde e Pluralidade: novos olhares e abordagens em pauta

curadora das relações, ou seja, constitui-se no caminho estratégico para as intersecções entre os sistemas e, portanto, é transdisciplinar.

Clemen (2005, p.49) argumenta que a definição dos públicos-alvo é o primeiro passo para se organizar um plano de comunicação interna. Saber quem são os receptores da ação define a linguagem, a mensagem, os meios e os canais de comunicação, assim como a forma pela qual serão avaliados os resultados da ação.

Kunsch (2003, p. 159) explica que uma comunicação interna participativa, por meio de todo o instrumental disponível (murais, caixas de sugestões, boletins, terminais de computador, intranet, rádio, teatro etc), envolverá o empregado nos assuntos da organização e nos fatos que estão ocorrendo no país e no mundo.

Dentro das ações de comunicação interna também fazem parte os materiais e campanhas que servem para reforçar os valores e princípios da organização. O principal intuito dessa divulgação é conscientizar os colaboradores sobre os processos de trabalho, as atividades da empresa e demais informações.

“É desejável que leve à formação e à conscientização sobre processos de trabalho, cumprindo um papel educacional e utilizando cartilhas ou manuais para relembrar, afirmar e consultar o que foi apresentado em determinada ação” (ABRACOM, 2012, p. 23).

O modelo considerado ideal é aquele que mescla soluções digitais e impressas para que atenda a todos os tipos de público. É preciso atentar às necessidades de cada público, à rapidez com que a informação deve chegar e os custos de cada ferramenta utilizada.

Fundação Dorina Nowill Para Cegos

Situada em São Paulo, à Rua Diogo de Faria, 558, Vila Clementino, foi instituída em 11 de março de 1946 pela professora **Dorina de Gouvêa Nowill**. A necessidade de criar a Fundação

surgiu após a dificuldade enfrentada pela professora, deficiente visual desde os 17 anos, em encontrar livros em Braille¹.

Em 1991, a instituição criada por ela passou a se chamar Fundação Dorina Nowill para Cegos, em homenagem a quem sempre lutou pelo desenvolvimento pleno e pela inclusão social das pessoas com deficiência visual. Dorina faleceu em 29 de agosto de 2010, aos 91 anos de idade.

Em seu quadro em 2012, possuía 171 funcionários, sendo 15 deficientes visuais e outros 271 voluntários atuantes, conforme dados apresentados em 2011.

Inicialmente, a Fundação dedicou suas atividades para a produção manual de livros em Braille realizada por um grupo de voluntários. Com o sucesso das atividades, possibilitadas pelo apoio destes voluntários, dos Governos Municipal e Estadual e por doações de equipamentos, foi possível instalar a Imprensa Braille para produção industrializada de livros em Braille.

A Fundação Dorina Nowill para Cegos também oferece, gratuitamente, programas de atendimento especializado ao deficiente visual e sua família, nas áreas de avaliação e diagnóstico, educação especial, reabilitação e colocação profissional.

Também produz livros falados, são estes livros didáticos, obras literárias, best-sellers e as revistas Veja e Cláudia, da Editora Abril, além de obras específicas sob demanda. A Biblioteca Circulante de Livro Falado da Fundação Dorina Nowill para Cegos possui um acervo com mais de 850 títulos em áudio de obras de diversos autores, desde clássicos da literatura brasileira aos mais variados best-sellers internacionais. Esse serviço é disponível gratuitamente às pessoas com deficiência visual de todo o Brasil.

Panorama sobre a deficiência visual

A deficiência faz parte da condição humana. Quase todas as pessoas terão uma deficiência temporária ou permanente em algum

¹ O Sistema Braille, utilizado universalmente na leitura e na escrita por pessoas cegas, foi inventado na França por Louis Braille, um jovem cego, reconhecendo-se o ano de 1825 como o marco dessa importante conquista para a educação e a integração dos deficientes visuais na sociedade.

momento de suas vidas. As respostas às deficiências têm mudado desde os anos 1970, estimuladas por pessoas deficientes.

O Decreto nº 3.956 de 08/10/2001, conceitua deficiência, para fins de proteção legal, como uma limitação física, mental (intelectual), sensorial ou múltipla que incapacite a pessoa para o exercício de atividades cotidianas da vida e que, em razão dessa incapacitação, a pessoa tenha dificuldade de inserção social (FERRONATO apud WAGNER, 2011, p. 37).

De acordo com o Instituto Benjamin Constant², considera-se uma pessoa com deficiência aquela que apresenta, de caráter permanente, perdas ou redução de sua estrutura, função anatômica fisiológica, psicológica ou mental e que gerem incapacidade para realizar certas atividades, dentro dos padrões normais considerados para o ser humano.

Amiralian et.al. (2000, p.97) apontam que na pesquisa e na prática da área da deficiência existem imprecisões dos conceitos, com variações relacionadas ao modelo médico e ao modelo social, que resultam em dificuldades na aplicação e utilização do conhecimento produzido.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência³ define a pessoa com deficiência como aquela que apresenta deficiência mental, motora, sensorial e/ou múltipla.

O conceito de pessoa com deficiência foi mudando ao longo dos anos devido às inúmeras transformações na sociedade. No início do século XX era comum utilizar o termo “incapacitado”.

² O Instituto Benjamin Constant foi criado pelo Imperador D.Pedro II através do Decreto Imperial n.º 1.428, de 12 de setembro de 1854, tendo sido inaugurado, solenemente, no dia 17 de setembro do mesmo ano, na presença do Imperador, da Imperatriz e de todo o Ministério, com o nome de Imperial Instituto dos Meninos Cegos. Este foi o primeiro passo concreto no Brasil para garantir ao cego o direito à cidadania.

³ BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Portaria GM/MS nº 1.060, de 5 de junho de 2002. Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, 2002.

Após esse período, o conceito foi tratado como “indivíduos com capacidade residual”, em que se buscava não reduzir o deficiente a sua deficiência. Na década de 1960, foram chamados de defeituosos e posteriormente, na década de 1980, deficientes. Em 1988 surgiu a terminologia “pessoa portadora de deficiência”, sendo utilizada na Política Nacional da Pessoa Portadora de Deficiência.

O termo “pessoa portadora de deficiência”, aos poucos, foi caindo em desuso pelo seu sentido, ninguém porta uma deficiência. Segundo o dicionário Houaiss, “portador é aquele que leva alguma coisa (carta, objeto), a mando ou a pedido de alguém, para entregar a outra pessoa”.

Segundo Simões (2008) apud Lima et. al. (2011, p. 118) desde então foram adotadas outras expressões como “pessoas com necessidades especiais”, “pessoas especiais” e “pessoas com deficiência”. Existem movimentos que debatem o nome pelo qual essa população deseja ser chamada e parece consenso a utilização do termo “pessoas com deficiência”, sendo assim mencionado no texto da Convenção Internacional para Proteção e Promoção dos Direitos e Dignidades das Pessoas com Deficiência, aprovada pela Assembleia Geral da ONU, em 2003.

Segundo Simões (2008) apud Lima et. al. (2011, p. 119) explica que segundo a OMS, Organização Mundial de Saúde, a CID e a CIF são complementares, pois o diagnóstico oferecido pela CID, acrescido da funcionalidade encontrada na CIF, fornece um quadro mais amplo sobre a saúde do indivíduo, considerando que a mesma doença pode levar a diferentes níveis de funcionalidade e que um mesmo nível de funcionalidade não tem necessariamente a mesma condição de saúde.

No Decreto n. 5296, de 2 de dezembro de 2004⁴, encontra-se definida como pessoa portadora de deficiência aquela que se

⁴ BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto 5.296, de 2 de dezembro de 2004. Regulamenta as Leis 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Brasília. 2004.

Comunicação, Saúde e Pluralidade: novos olhares e abordagens em pauta

enquadra em pelo menos uma das seguintes categorias: deficiência física, deficiência auditiva, deficiência visual e/ou deficiência mental.

A deficiência visual compreende uma situação irreversível de diminuição significativa de visão, mesmo após tratamento clínico e/ou cirúrgico e uso de óculos convencionais. Incluem os casos de cegueira, baixa visão, os casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menos que 60° e a ocorrência simultânea de quaisquer condições anteriores. É considerado cego aquele que tem a acuidade visual igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica. A pessoa é considerada com baixa visão quando a acuidade visual for entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica. As pessoas com baixa visão podem ter sensibilidade ao contraste, percepção de cores e intolerância à luminosidade, dependendo da causa da perda visual (Decreto nº 5.296/04 art. 5º).

A cegueira é uma alteração grave ou total de uma ou mais das funções elementares da visão que afeta de modo irremediável a capacidade de perder cor, tamanho, distância, forma, posição ou movimento em um campo mais ou menos abrangente (Brasil, MEC/SEESP, 2007).

A cegueira pode ocorrer no nascimento (cegueira congênita) ou posteriormente (cegueira adquirida), esta ocorre em consequência de alguma doença ou acidente.

A definição de baixa visão é complexa devido à variedade e à intensidade de comprometimentos das funções visuais. Essas funções englobam desde a simples percepção de luz até a redução da acuidade e do campo visual que interferem ou limitam a execução de tarefas e o desempenho geral. Uma pessoa com baixa visão apresenta grande oscilação de sua condição visual de acordo com seu estado emocional, as circunstâncias e a posição em que se encontra, dependendo das condições de iluminação natural ou artificial.

A Organização Mundial da Saúde aponta que, se houvesse um número maior de ações efetivas de prevenção e/ou tratamento, 80% dos casos de cegueira poderiam ser evitados. Ainda segundo a OMS cerca de 40 milhões a 45 milhões de pessoas no mundo são

cegas; os outros 135 milhões sofrem limitações severas de visão. Glaucoma⁵, Retinopatia diabética⁶, Atrofia do nervo óptico⁷, Retinose pigmentar⁸ e Degeneração Macular Relacionada à Idade (DMRI)⁹ são as principais causas da cegueira na população adulta. Entre as crianças as principais causas são Glaucoma congênito, Retinopatia da prematuridade¹⁰ e Toxoplasmose ocular congênita¹¹.

Segundo os dados do IBGE de 2010, no Brasil, mais de 6,5 milhões têm alguma deficiência visual. Sendo destes 528.624 incapazes de enxergar (cegos) e 6.056.684 com dificuldade para enxergar (baixa visão ou visão subnormal).

Outros 29 milhões de pessoas declararam possuir alguma dificuldade para enxergar, mesmo usando óculos ou lentes.

O funcionamento da comunicação interna na Fundação Dorina Nowill para cegos

Definindo-se o público-alvo é necessário avaliar a linguagem que deve ser utilizada. O tipo de linguagem varia de acordo com a área da empresa. No caso da Fundação Dorina Nowill para Cegos, a comunicação interna é voltada para dois tipos de públicos: os colaboradores não deficientes visuais e os colaboradores deficientes visuais (cegos e com baixa visão). Para este público, há ferramentas específicas para se comunicar, como o

⁵ Glaucoma é uma doença causada pela pressão no nervo óptico relacionada a pressão ocular alta.

⁶ Retinopatia diabética é a complicação da diabetes, caracterizada pelo nível alto de açúcar no sangue, que provoca lesões definitivas nas paredes dos vasos que nutrem a retina.

⁷ Confundida com glaucoma, a atrofia do nervo óptico é a desconexão das ligações nervosas que unem o olho ao cérebro. É uma perda de visão irreversível.

⁸ Uma série de alterações genéticas causa a retinose pigmentar, doença que se caracteriza pela perda de visão noturna, do campo visual e da visão central.

⁹ Anormalidade degenerativa da mácula (região central da retina) e está associado à idade.

¹⁰ Ambos atingem as crianças na fase de recém-nascidos.

¹¹ A toxoplasmose é uma infecção causada por um parasita que vive no intestino dos gatos e pode contaminar água, frutas e vegetais. Humanos podem ser contaminados ainda na barriga da mãe (congênita) ou em contato com água e alimentos.

Comunicação, Saúde e Pluralidade: novos olhares e abordagens em pauta

totem auditivo que fica em local de fácil acesso na Fundação e em que o colaborador tem acesso às informações da Fundação por meio de voz.

Um adendo importante a se fazer é que voluntários e pessoas que buscam tratamentos na Fundação (público externo) também têm acesso às informações, já que os murais ficam em lugares em fácil acesso para todos.

Outro meio de inteirar o colaborador acerca das informações é a Revista *Veja* em áudio. Em seus dois estúdios, toda segunda-feira, uma equipe de locutores profissionais grava em áudio as matérias publicadas na revista *Veja*, incluindo a descrição das fotografias, desenhos e gráficos, importantes elementos para a compreensão dos textos. Em cada edição, a Fundação Dorina Nowill para Cegos acrescenta notícias e entrevistas relacionadas ao segmento da pessoa com deficiência. Os colaboradores têm acesso a todo material, enquanto o público externo precisa fazer um cadastramento na Biblioteca Circulante da Fundação Dorina Nowill¹² para receber o material. Em menos de um dia a revista é produzida e os exemplares são enviados pelo correio, sendo distribuídos gratuitamente para mais de 750 pessoas com deficiência visual e organizações em diversos lugares do Brasil. As obras são enviadas para a casa da pessoa com deficiência visual com isenção postal. Estes CDs também ficam disponíveis para o público interno, ou seja, os colaboradores. O material da revista só não é disponibilizado no totem.

Para cada colaborador deficiente visual que inicia seu trabalho na Fundação é feito um treinamento para se adaptar ao ambiente de trabalho. Esse treinamento, promovido pela área de empregabilidade, também é feito eventualmente para todos os

¹² A Biblioteca Circulante de Livro Falado tem como objetivo efetuar empréstimo de livros falados, gratuitamente, a todas as pessoas com deficiência visual residente no Brasil. Para atender a necessidades e interesses educacionais e culturais das pessoas com deficiência visual, a Biblioteca Circulante oferece um acervo variado de títulos em áudio, entre clássicos da literatura nacional e estrangeira, obras de leitura obrigatória para vestibulares e os mais recentes "best-sellers".

Comunicação, Saúde e Pluralidade: novos olhares e abordagens em pauta

colaboradores, com o intuito de integrar os deficientes visuais com os não deficientes.

No caso da Fundação Dorina Nowill para cegos, o site disponibiliza diversos recursos tanto para o público interno quanto o externo.

De acordo com o portal Rede SACI – Solidariedade, Apoio, Comunicação e Informação, o uso do computador ajuda no desenvolvimento dos deficientes facilitando o aprendizado com os recursos de escrita, leitura e pesquisa de informação. O que permitiu o acesso do cego no Brasil ao mundo da informática foi o lançamento dos programas leitores de tela, como o DOSVOX, o Virtual Vision e o Jaws.

Com esses programas o deficiente visual pode não apenas ler e escrever textos no computador, como navegar na Internet. Já existe um movimento internacional no sentido de tornar as páginas de Internet cada vez mais acessíveis ao deficiente visual. Seguindo algumas regras simples de diagramação, qualquer página de Internet pode ser lida pelos programas leitores de tela, abrindo também para o deficiente visual um mundo novo de informações que estão disponíveis na Internet.

O estudo foi feito com base em constantes visitas à Fundação, conversas com colaboradores de diversos setores e análise de todo planejamento de comunicação. Foram aplicados dois tipos de questionários para os funcionários da Fundação Dorina Nowill para Cegos. Os questionários foram divididos entre deficientes visuais e não deficientes.

De acordo com os dados de agosto de 2012, a Fundação contava com 171 funcionários, sendo 15 deficientes visuais. O questionário foi aplicado para 15 funcionários de diversas áreas e 15 deficientes visuais também de vários setores, sendo que deste número, apenas 13 se dispuseram a responder.

As perguntas foram feitas com o intuito de descobrir como os funcionários deficientes visuais recebem a comunicação interna da empresa. Todos receberam as mesmas perguntas, a única diferença foi em relação aos deficientes visuais que receberam mais dois tipos de perguntas focando em seu tipo de deficiência e como foi adquirida.

Comunicação, Saúde e Pluralidade: novos olhares e abordagens em pauta

O questionário foi respondido por 13 deficientes visuais, sendo 10 pessoas do sexo feminino e três do masculino. Para a aplicação, cada deficiente respondeu oralmente para a pesquisadora, que escreveu as respostas.

Em relação à idade, as mulheres deficientes visuais estão na faixa etária de 50 anos, enquanto os homens estão em uma média de 20 anos. No que tange à escolaridade, o gênero feminino se divide da seguinte forma: pessoas com Ensino médio completo, 7 com Ensino Superior completo e uma pessoa pós-graduada.

Já no público masculino, cada um possui uma escolaridade, sendo Ensino Fundamental II Completo, Ensino Médio Completo e Ensino Superior completo. Em relação às funções do gênero feminino, elas são divididas da seguinte forma: psicóloga (1), revisora em Braille (5), assistente social (1), controladora de paginação (2) e coordenadora de revisão (1).

As funções do sexo masculino são: controlador de paginação (1), auxiliar de produção (1) e revisor em Braille (1). Em relação ao tipo de deficiência e a forma como a adquiriram, no total as mulheres são 8 com cegueira total e 2 com baixa visão. Destas, os motivos são variados, como glaucoma congênito (4), erro médico (1), retinose pigmentar (1), descolamento de retina (3) e câncer na retina (1).

Já em relação ao público masculino, são duas pessoas com cegueira total e uma com baixa visão. Destes, cada uma adquiriu a deficiência de uma maneira, como erro médico, descolamento de retina e retinose pigmentar.

Questionados a respeito da comunicação interna da fundação Dorina Nowill para Cegos, todos os questionados responderam que compreendem bem tudo que lhes é passado. Em relação à preferência no recebimento das informações, as opiniões foram variadas: Sete pessoas preferem receber via comunicados em Braille, três pessoas preferem receber via e-mail, uma pessoa prefere utilizar o totem e 2 pessoas preferem que as informações sejam passadas verbalmente através dos seus gestores, responsáveis por cada setor. Perguntados se costumam acessar as redes sociais como *Facebook*, *Orkut*, *Twitter* e *Linked in*, 6 pessoas costumam acessar através do celular e em suas casas, enquanto 7 pessoas não

Comunicação, Saúde e Pluralidade: novos olhares e abordagens em pauta

costumam acessar. Resultado da pesquisa com os demais colaboradores

Com os demais colaboradores, foram selecionados aleatoriamente 15 de diversos setores para responderem o questionário. Destas 15 pessoas, 12 são do sexo feminino e três do sexo masculino.

No que tange à idade, as mulheres estão na faixa etária de 25 anos, enquanto os homens estão em uma média de 30 anos. Em relação à escolaridade no sexo feminino, há diversos níveis: Ensino Médio Completo (2), Ensino Superior Incompleto (4), Ensino Superior Incompleto (5) e Pós-graduada (1).

Em relação ao sexo masculino, há 2 pessoas com ensino médio completo e uma com superior completo. Em relação à função do sexo feminino, ele se divide da seguinte forma: auxiliar de produção gráfica (1), assistente editorial (5), editora em Braille (1), consultora de acessibilidade (1), auxiliar de captação de recursos (1), assistente de voluntariado (1), supervisora de voluntariado (1) e gerente de loja (1). Já no sexo masculino tem as seguintes funções: impressor (2) e assistente editorial (1)

Questionados sobre as informações passadas pela Fundação, 12 pessoas dizem que entendem tudo o que é informado pela Fundação e 3 pessoas sentem dificuldade em algumas informações que são apresentadas. Em relação à preferência no recebimento das informações, 14 pessoas preferem receber via e-mail e uma pessoa prefere ler as informações no mural.

Questionados sobre o acesso às redes sociais, a maioria, 14 pessoas acessam diariamente as redes sociais através do celular e em casa, enquanto uma pessoa não acessa.

Considerações finais

Após todo estudo e discussão voltados à comunicação interna na Fundação Dorina Nowill para Cegos foi possível constatar que a comunicação direcionada aos deficientes visuais ainda requer atenção por parte da instituição.

De acordo com o relatório da ABRACOM sobre comunicação interna divulgado em 2012, no ímpeto de querer

iniciar um processo de comunicação interna, algumas empresas decidem criar um mural ou uma *newsletter* e acreditam que, por si só, já será o suficiente para o colaborador. Mas nem sempre é o correto. Muitas vezes a empresa pode estar confundindo informação com comunicação.

Para que a comunicação interna atinja seus objetivos e não seja apenas mais um processo informativo, o ato de comunicar deve considerar que a mensagem possa ser interpretada de acordo com cada receptor, suas experiências e vivências.

Com o estudo, foi possível verificar quais ferramentas a Fundação Dorina Nowill para Cegos utiliza para que a comunicação seja acessível aos deficientes visuais. O diferencial é o totem, também conhecido como mural falado, considerado uma inovação na Fundação. A inovação está na utilização do equipamento, sendo utilizado como forma de comunicação aos deficientes visuais. Posicionado estrategicamente no corredor central, o deficiente visual pode se inteirar dos acontecimentos da Fundação por meio do aparelho auditivo que, através de fones de ouvido, apresenta as principais informações da entidade. Nele são encontrados os seguintes itens: Acontece (apresenta eventos que ocorreram e que estão por vir na Fundação), Fique por dentro (informações sobre a Fundação, como cursos, vendas de livros), Tá na mídia (acontecimentos da Fundação que tiveram repercussão na imprensa são apresentados nesse item) e Quem é quem (informações sobre colaboradores, homenagem, prêmios). A pesquisa mostrou que somente 8% dos deficientes utilizam o totem devido à falta de atualização frequente das notícias ou até mesmo falta de conhecimento do equipamento. No planejamento de comunicação interna, a área responsável pela comunicação da Fundação se prontificou a atualizar o totem com mais frequência, com periodicidade semanal, o que antes não ocorria e acabava deixando os deficientes visuais sem saber de informações importantes.

Além do totem, comunicados em Braille também são bem recebidos pelos deficientes visuais. Segundo questionário respondido pelos deficientes, o comunicado em Braille “humaniza” o recebimento das informações, faz com que eles se sintam mais

próximos das notícias da Fundação, assim como os outros colaboradores que enxergam. Isso nota-se no resultado na pesquisa, em que 54% dos deficientes visuais preferem receber as informações por meio de comunicados em Braille.

Para os colaboradores que têm acesso aos computadores da Fundação, a preferência no recebimento das informações é via e-mail. Segundo os 23% que preferem esse tipo de ferramenta, a importância de se receber por e-mail é a certeza de as informações serem as mesmas que as pessoas que não são deficientes recebem, totalizando 93% desse público. Infelizmente não são todos os colaboradores que têm acesso aos computadores, e, por esse motivo, alguns preferem receber por meio de outras vias, como verbalmente por exemplo.

Curiosamente, 15% dos deficientes visuais preferem receber as informações da Fundação por meio de seus gestores. Cada setor possui um gestor (coordenador) que se responsabiliza em informá-los. A maioria diz confiar na palavra do gestor e que é mais fácil sanar as dúvidas em caso de não compreensão de alguma informação.

Para fazer um comparativo em relação ao recebimento das informações foram aplicados questionários para colaboradores deficientes visuais e não deficientes. A ideia foi confrontar a eficácia e preferência de todos em relação aos meios de comunicação utilizados pela instituição e se a Fundação informa da mesma maneira todos os colaboradores. Nesse aspecto foi constatado que todos compreendem o que lhes é informado.

A justificativa do estudo se baseou na escolha pela deficiência visual por ter um público mais necessitado de ferramentas de comunicação especiais e isso pôde ser constatado na pesquisa. Gil (2012, p. 84) afirma que do ponto de vista econômico, um dos mais difíceis reajustamentos sociais é do cego, já que suas possibilidades profissionais são grandemente reduzidas em função da maioria das atividades requererem visão normal. Do outro lado, falta a compreensão do público em geral em relação aos problemas da cegueira.

Por meio do estudo foi possível constatar que a Fundação Dorina Nowill para Cegos, além de prestar serviços à comunidade

Comunicação, Saúde e Pluralidade: novos olhares e abordagens em pauta

deficiente visual também aposta na empregabilidade dos deficientes, o que torna um grande diferencial na Fundação. A inclusão profissional é feita tanto dentro da Fundação quanto em assessoria para outras empresas. Essa assessoria é feita para que as empresas se adequem ao deficiente visual, tanto em equipamentos e estrutura, quanto ao recebimento do mesmo.

Pensando na qualidade da comunicação interna, a Fundação Dorina Nowill para Cegos está fazendo melhorias, de forma a deixar todos os colaboradores mais satisfeitos e bem informados. No início da pesquisa, em 2011, a Fundação apresentava todas suas ferramentas (mural, totem e comunicados em Braille) sem atualizações constantes, o que causava desconforto de informações, principalmente nos deficientes visuais devido ao totem não ser atualizado com frequência e nem sempre receberem os comunicados em Braille. Em outubro de 2012, a Fundação já criou uma rede de comunicadores, um grupo formado por pelo menos um participante de cada departamento, com o intuito de colaborar com a disseminação dos assuntos nos departamentos e montar um cronograma da comunicação interna.

A Fundação também modificou toda a identidade visual das ferramentas da comunicação interna, identificando cada tipo de comunicado por cores diferentes. Além das atualizações que serão mais constantes, com periodicidade semanal. Para o deficiente visual, os comunicados em Braille e via e-mail serão distribuídos com mais frequência. Dessa forma, a nova política de comunicação voltada para o público interno vai garantir que todo tipo de comunicação também seja extensivo aos deficientes visuais.

Uma sugestão para Fundação seria a implantação de intranet, um acesso virtual exclusivo por colaboradores da Fundação. Dessa forma, todos que possuem acesso a computador, teriam a facilidade de se inteirar de todas as informações de maneira moderna e eficiente. Com todos os recursos para o deficiente visual, esse meio seria importante para aproximá-los aos demais colaboradores no acesso às informações.

Kunsch (2003, p.159) explica que uma comunicação interna participativa, por meio de todo o instrumental disponível (murais, caixas de sugestões, boletins, terminais de computador, intranet,

rádio, teatro etc), envolverá o empregado nos assuntos da organização e nos fatos que estão ocorrendo no país e no mundo. Mas é importante ressaltar que, durante a pesquisa, ficou claro que muitas vezes os colaboradores são passivos, ou seja, não buscam as informações, mas esperam sempre recebê-las. Essa passividade acaba prejudicando o processo comunicacional.

Sobre a questão da cidadania e comunicação, Peruzzo (2007) explica que envolvimento das mídias tradicionais às questões de cidadania reflete o contexto global, que parece propício ao avanço da democratização das sociedades: no Brasil vivemos numa democracia consolidada e que se fortalece progressivamente; com as contradições advindas da globalização, as pessoas passam a se interessar mais pelo que está mais próximo no que diz respeito aos assuntos que circulam na mídia; há uma prontidão na sociedade civil para contribuir para ampliação dos direitos e deveres de cidadania, refletida no crescente número de ONGs (Organizações não-Governamentais), associações e movimentos organizativos de toda espécie; no trabalho voluntário; na continuidade do trabalho social de igrejas; no clima de responsabilidade social que contagia as empresas. E é exatamente nesses aspectos que a Fundação se encaixa, tanto no âmbito de prestar serviços à comunidade deficiente visual quanto na preparação de um ambiente de trabalho para ele.

Outra proposta é que o processo de comunicação interna que está sendo implantado também poderá ser oferecido às empresas que trabalham com deficientes e não saibam como comunicar-se com esse público, quais tipos de ferramentas utilizarem e até mesmo a inserção de totem nessas empresas, aplicando o mural falado como o diferencial na comunicação para os deficientes. Essa seria uma forma da Fundação difundir mais ainda seu trabalho e suas inovações. De acordo com Schumpeter (1961) apud Lima e Carvalho (2009) são cinco os tipos básicos de inovação: 1) desenvolvimento de um novo produto, ou de uma nova tecnologia de um bem já existente; 2) desenvolvimento de um método de produção, ou de uma nova logística comercial; 3) desenvolvimento de um novo mercado; 4) desenvolvimento de novas fontes de suprimento das matérias-primas ou produtos semi-

industrializados; 5) desenvolvimento de uma nova organização industrial, como a criação ou a fragmentação de uma posição de monopólio.

Referências

ABRACOM - Associação Brasileira das Agências de Comunicação; SAPONARA, Janine. **Caderno de comunicação organizacional: como entender a comunicação interna**. São Paulo: Abracom, 2012.

ABRACOM - Associação Brasileira das Agências de Comunicação; SAPONARA, Janine. **Caderno de comunicação organizacional: por que investir em comunicação interna**. São Paulo: Abracom, 2012.

ABRACOM - Associação Brasileira das Agências de Comunicação; SAPONARA, Janine. **Caderno de comunicação organizacional: comunicar é preciso**. Como as Ongs podem se comunicar melhor com a imprensa. São Paulo: Abracom, 2012.

AIELLO, Thais; ANDRADE, Cláudio; CONTI, Leandro. Comunicação interna ganha importância para sobrepor desafios. Revista **Exame**, edição 941, ano 43, número 7. São Paulo: Abril, 2009.

AMIRALIAN, Maria Lucia Toledo Moraes (Org.). **Deficiência visual: perspectivas na contemporaneidade**. São Paulo: Vetor, 2009.

BAHIA, Juarez. **Introdução à Comunicação Empresarial**. Rio de Janeiro: Mauad, 1995.

BALSISSERA, Rudimar. Comunicação organizacional na perspectiva da complexidade. **Organicom**. São Paulo, v. 06, n. 10/11, p.149-165, 2009.

BARBI, Elivanete Zuppolini et al. (Org.). **Comunicação Organizacional: pesquisas e resultados**. Ribeirão Preto: Unaerp, 2011. 214 p.

BRASIL, Ministério da Educação. **Formação continuada à distância de professores para o Atendimento Educacional Especializado.** Programa Educação inclusiva: direito à diversidade. Brasília: MEC, SEESP, 2007.

BRASIL, **Decreto nº 3.928 de 20 de dezembro de 1999.** Regulamenta a lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, que dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. Brasília, 1999.

BRASIL, **Decreto nº 5.296 de 02 de dezembro de 2004.** Regulamenta as leis 10.048, de 08 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas e específica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Brasília, 2004.

BRASIL, **Decreto nº 3.956 de 08 de outubro de 2001.** Promulga a Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência. Brasília, 2001.

BRASIL, **Lei nº 8.213 de 24 de julho de 1991.** Brasília, 1991.

BRASIL, **Lei nº 10.098 de 19 de dezembro de 2000.** Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Brasília, 2000.

CARDOSO, Onésimo de Oliveira. **Comunicação empresarial versus comunicação organizacional: novos desafios teóricos.** Rio de Janeiro: Rap, 2006.

CLEMEN, Paulo. **Como implantar uma área de Comunicação Interna – Nós, as pessoas, fazemos a diferença.** São Paulo: Mauad, 2005.

FERRONATO, Bianca Correia et al. **Guia de orientações e práticas para a inclusão laboral de pessoas com deficiências.** Porto Alegre: Sulina, 2011. 127 p.

LIMA, Clóvis Ricardo Montenegro de; CARVALHO, Lidiane de Santos. Informação, comunicação e inovação: gestão da informação para inovação em uma organização complexa.

Informação & Informação, Londrina, v. 14, n. 2, p.1-20, dez. 2009.

LISBOA FILHO, Flavi Ferreira; GODOY, Leoni Pentiado. **A contribuição da comunicação organizacional na obtenção do comprometimento dos colaboradores**. Intercom. 2006.

GIL, Marta. **Caminhos da inclusão: a história da formação profissional de pessoas com deficiência no SENAI-SP**. São Paulo: Senai-SP, 2012.

JUNG, Tânia Mara Aguiar et al. **Deficiência visual e o mundo do trabalho**. São Paulo: Fundação Dorina Para Cegos, 2009. 44 p. (Dorina Nowill).

KUNSCH, Maria M. Krohling. **Obtendo resultados com Relações Públicas**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2006.

KUNSCH, Maria M. Krohling. **Planejamento de relações públicas na comunicação integrada**. Ed. Ver, atual e ampl. – São Paulo: Summus, 2003.

KUNSCH, Maria M. Krohling (Org.). **Comunicação organizacional: linguagem, gestão e perspectivas**. São Paulo: Saraiva, 2009. 2 v.

LIMA, Isabel Maria Sampaio; PINTO, Isabela Cardoso de Matos; PEREIRA, Silvia de Oliveira (Org.). **Políticas públicas e pessoa com deficiência: direitos humanos, família e saúde**. Salvador: EDUFBA, 2011.

LUPETTI, Marcélia. **Gestão estratégica da comunicação mercadológica**. São Paulo: Cengage Learning, 2009.

MARCHIORI, Marlene. **Faces da cultura e da comunicação organizacional**. São Caetano do Sul, SP: Difusão, 2006.

MARCHIORI, Marlene Regina; KUNSCH, Maria Margarida Maria Krohling. **Comunicação como expressão da humanização**

nas organizações da contemporaneidade. São Caetano do Sul: Difusão Editora, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório Mundial sobre Deficiência.** São Paulo, 2011.

PERUZZO, Cicilia M. Krohling. Direito à comunicação comunitária, participação popular e cidadania. **Lumina** Revista do Programa de Pós-graduação em Comunicação da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, v. 01, n. 01, p.1-29, jun. 2007.

REGO, Francisco Gaudêncio Torquato do. **Estratégias de comunicação nas empresas modernas.** I: III CONGRESSO BRASILEIRO DE COMUNICAÇÃO EMPRESARIAL. São Paulo: Aberje, 1985.

REGO, Francisco Gaudêncio Torquato do. **Comunicação empresarial, comunicação institucional: conceitos, estratégias, sistema, estrutura, planejamento e técnicas.** São Paulo: Summus, 1986.

TOMASI, Carolina; MEDEIROS, João Bosco. **Comunicação empresarial.** São Paulo: Atlas, 2007.

VIVARTA, Veet et al. (Org.). **Mídia e Deficiência.** Brasília: Andi - Fundação Banco do Brasil, 2003. 184 p. (Diversidade).

SOBRE OS AUTORES

Alessandra Castilho

Mestre em Comunicação Social pela Universidade Metodista de São Paulo. Especialista em Comunicação Empresarial pela mesma instituição. Chefe de Comunicação e Assessoria da Universidade Federal do ABC, no estado de São Paulo. Diretora de Relações Internacionais da Sociedade Brasileira dos Pesquisadores e Profissionais de Comunicação e Marketing Político – POLITICOM.

Email: ale_castilho@hotmail.com.

Ana Maria Cavalcanti Lefevre (in memorian)

Graduada em Ciências Biológicas, em Ciências de 1 Grau pelo Instituto de Biociências da USP. Especialista em Educação em Saúde; mestre e doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo. Criadora da metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo e dos softwares Qualiquantisoft e Qlqt online. Atualmente é sócia administradora e pesquisadora do Instituto de Pesquisa do Sujeito Coletivo. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, atuando principalmente nos seguintes temas: metodologia qualitativa e quantitativa, discurso do sujeito coletivo, promoção de saúde e recursos humanos. Autora de cinco livros e diversos artigos em revistas especializadas.

Email: ana@ipdsc.com.br

Andrea Aparecida Quirino Miguel

Mestre em Comunicação pela Universidade Municipal de São Caetano do Sul - USCS (2012). Possui especialização em Comunicação Empresarial pela Universidade São Judas Tadeu - USJT (2009). Licenciada em Letras pela Universidade São Marcos - USM (2006) e Graduada em Jornalismo pela Universidade São Judas Tadeu – USJT (2003). Leciona desde 2011 na Faculdade Anhanguera nos cursos de Administração e Publicidade e Propaganda disciplinas voltadas à comunicação, pesquisa e

Comunicação, Saúde e Pluralidade: novos olhares e abordagens em pauta

marketing. Tem experiência na área de Comunicação Empresarial, atuando também como consultora de comunicação integrada para empresas.

Email: andreaqui@gmail.com

Antonio Brotas

Doutor pelo Programa Multidisciplinar em Cultura e Sociedade da UFBA, Assessor de Comunicação da Fiocruz-Bahia, Professor da Faculdade Social da Bahia.

Email: ambrotas@gmail.com

Arquimedes Pessoni

Jornalista, pós-doutor em Saúde Coletiva pela Faculdade de Medicina do ABC, mestre e doutor em Comunicação Social e docente do Programa de Pós-Graduação em Comunicação da Universidade Municipal de São Caetano do Sul (PPGCOM-USCS).

Email: pessoni@uscs.edu.br

Cristina Mascarenhas

Mestre em Ensino, Filosofia e História das Ciências pela UFBA. Jornalista e Editora da Rede Bahia – TV Globo. Professora da Faculdade dois de Julho – Salvador.

Email: Cristina.mascarenhas@gmail.com

Eliana Marcolino

Doutora em Comunicação Social, professora do curso de Mestrado em Gestão Integrada do Território da Universidade Vale do Rio Doce - UNIVALE. Coordenadora da pesquisa.

E-mail: elianamarcolino@yahoo.com.br

Fernando Lefevre

Tem graduação em Pedagogia pela Universidade de São Paulo (1969), mestrado em Semiótica pela Universidade de Paris - Sorbonne (1974) e doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1990). Atualmente é professor titular aposentado da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde

Comunicação, Saúde e Pluralidade: novos olhares e abordagens em pauta

Pública, atuando principalmente nos seguintes temas: comunicação social em saúde, promoção de saúde, discurso do sujeito coletivo, pesquisa qualitativa, representação social da saúde e da doença e metodologia qualitativa. É criador do método do Discurso do Sujeito Coletivo e dos softwares Qualiquantisof e QLQOnline. Tem bolsa de produtividade do CNPQ. Membro do GT de Comunicação Social da Abrasco A partir de março de 2012 é Professor Senior da Faculdade de Saúde Pública da USP
E-mail: flefevre@usp.br

Inesita Soares de Araujo

Comunicóloga, mestre e doutora em Comunicação e Cultura pela UFRJ, com pós-doutorado em curso na Universidade de Coimbra (PT). Pesquisadora do Laboratório de Comunicação e Saúde, do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz, onde também ensina e orienta no Programa de Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde. Coordena o Grupo de Pesquisa Comunicação e Saúde /CNPQ. Autora de “A reconversão do olhar: prática discursiva e produção de sentidos na intervenção social” (Ed. Unisinos) e “Comunicação e Saúde” (Ed. Fiocruz, em co-autoria).

Email: inesita@icict.fiocruz.br

Isaac Epstein

Doutor em Ciências da Comunicação ECA/USP; Mestre em Filosofia da Ciência (FFLCH/USP). Livros Publicados: DIVULGAÇÃO CIENTIFICA, (Pontes); GRAMÁTICA do PODER, (Atica); REVOLUÇÕES CIENTIFICAS, (Atica); O SIGNO (Atica); TEORIA DA INFORMAÇÃO, ATICA; CIBERNÉTICA, (Atica) entre outros. Coordenador do Projeto ConSalud que congregou 13 Universidades Latino-Americanas. (1997) (OPAS,UMESP); Coordenador do Projeto ComSaúde (Catedra UNESCO/UMESP, 1998-2009).

E-mail: isaacepstein@uol.com.br

Isaltina Maria de Azevedo Mello Gomes

Doutora em Linguística, professora do Programa de Pós-Graduação em Comunicação da Universidade Federal de Pernambuco – PPGCOM/UFPE.

Email: isaltina@gmail.com

Kátia Lerner

Possui graduação em Sociologia e Política (PUC/RJ), mestrado em Comunicação e Cultura (ECO/UFRJ), doutorado em Sociologia e Antropologia (IFCS/UFRJ) e pós-doutorado em Comunicação (ECO/UFRJ). É pesquisadora do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz (ICICT/FIOCRUZ), coordenadora do Observatório Saúde na Mídia e membro permanente do Programa de Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde. Autora de Memórias da Dor: coleções e narrativas sobre o Holocausto (Brasília: Ed. IBRAM, 2013) e organizadora, junto com Igor Sacramento, da coletânea Saúde e Jornalismo: interfaces contemporâneas (Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2014)

Email: katia.lerner@icict.fiocruz.br

Márcia Cristina Rocha Costa

Doutoranda do Programa Multidisciplinar em Cultura e Sociedade da UFBA. Professora da Universidade Federal do Recôncavo.

Email: marcia-rocha@uol.com.br

Marisa Fumiko Nakae

Possui graduação em Psicologia pela Universidade de Mogi das Cruzes (2000). Especialização em Psicologia Hospitalar e em Acupuntura. Atualmente é Psicóloga do Centro de Referência e Treinamento em DST/AIDS do Estado de São Paulo. Tem experiência na área de Psicologia, com ênfase em Psicologia Hospitalar.

Email: marisanakae@uol.com.br

Mayara Ribeiro Gerônimo

Enfermeira e professora do curso de Enfermagem da Faculdade Pitágoras de Ipatinga. Mestranda do curso de Gestão Integrada do Território da Universidade Vale do Rio Doce- UNIVALE.

E-mail: mayara.enfermagem@yahoo.com.br

Natália Raposo da Fonsêca

Mestre em Comunicação, pelo Programa de Pós-Graduação em Comunicação da Universidade Federal de Pernambuco – PPGCOM/UFPE e jornalista. Email: nataliaraposof@gmail.com

Patrícia Alves de Azevedo Ribas

Psicopedagoga, professora da Secretaria Municipal de Educação de MG. Mestranda do curso de Gestão Integrada do Território da Universidade Vale do Rio Doce- UNIVALE.

E-mail: pati0704@bol.com.br

Roberto Gondo Macedo

Doutor em Comunicação Social, com Pós-doutorado pela Universidade de São Paulo, em Comunicação Política. Preside a Sociedade Brasileira dos Pesquisadores e Profissionais de Comunicação e Marketing Político – POLITICOM. Docente e Pesquisador do Centro de Comunicação e Letras da Universidade Presbiteriana Mackenzie. Diretor de Estratégias e Marketing do Instituto Gestão do Conhecimento – IGC, Brasil.

Email.: r.gondomacedo@gmail.com.

Rosana Matos Silveira

Doutora em Antropologia Social e Cultural pela Universidade de Granada, Espanha. Graduação em Antropologia Social (UGR) e Serviço Social (PUC-Minas/BH). Professora da "Facultad de Trabajo Social de la Universidad de Granada, España". Subdirectora del Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales (UGR). Mestrado em Antropologia (Diploma de Estudos Avanzados). Linhas de pesquisa: exclusão/inclusão social, cooperação internacional para o desenvolvimento, prática do

Comunicação, Saúde e Pluralidade: novos olhares e abordagens em pauta

Serviço Social, representações sociais. Experiências profissionais tanto em Brasil como em Espanha como assistente social e antropóloga. Integrante do Grupo de Investigación SEPISE - UGR (Seminario de Estudios para la Intervención Social y Educativa - SEJ-221). Secretaria da ONG: "Trabajadores/as Sociales Sin Fronteras".

Email: rosanadm@ugr.es

Simone Bortoliero

Doutora em Comunicação Científica pela UMESP, Professora da Faculdade de Comunicação e da Pós-Graduação em Cultura e Sociedade, ambos da UFBA.

Email: bortolie@gmail.com

Sônia Regina Schena Bertol

Doutora em Comunicação Social pela Universidade Metodista de São Paulo, doutorado-sanduiche na Universidade Johns Hopkins com bolsa CAPES. Mestre em Comunicação e Informação pela UFRGS, graduada em Comunicação Social- Habilitação em Jornalismo pela UNISINOS. É professor e pesquisadora da UPF – Universidade de Passo Fundo.

E-mail: sobertol@upf.br

Wilson da Costa Bueno

Jornalista, professor do programa de pós-graduação em Comunicação Social da UMESP, com mestrado e doutorado em Comunicação pela ECA/USP.

E-mail: professor@comtexto.com.br

Série Comunicação & Inovação

Neorreceptor no fluxo da comunicação. PESSONI, Arquimedes; PERAZZO, Priscila Ferreira (orgs). Porto Alegre: EDIPUCRS, 2013. **V.1.**

Disponível em: <http://ebooks.pucrs.br/edipucrs/Ebooks/Pdf/978-85-397-0403-3.pdf>

Linguagens na mídia: transposição e hibridização como procedimentos de inovação. ROSSETTI, Regina; VARGAS, Herom (orgs). Porto Alegre: EDIPUCRS, 2013. **V.2.**

Disponível em: <http://ebooks.pucrs.br/edipucrs/Ebooks/Pdf/978-85-397-0389-0.pdf>.

Comunicação organizacional: externa, responsável, multidisciplinar. GONÇALVES, Elizabeth Moraes; GIACOMINI-FILHO, Gino (orgs). São Caetano do Sul: USCS, 2014. **V.3.**

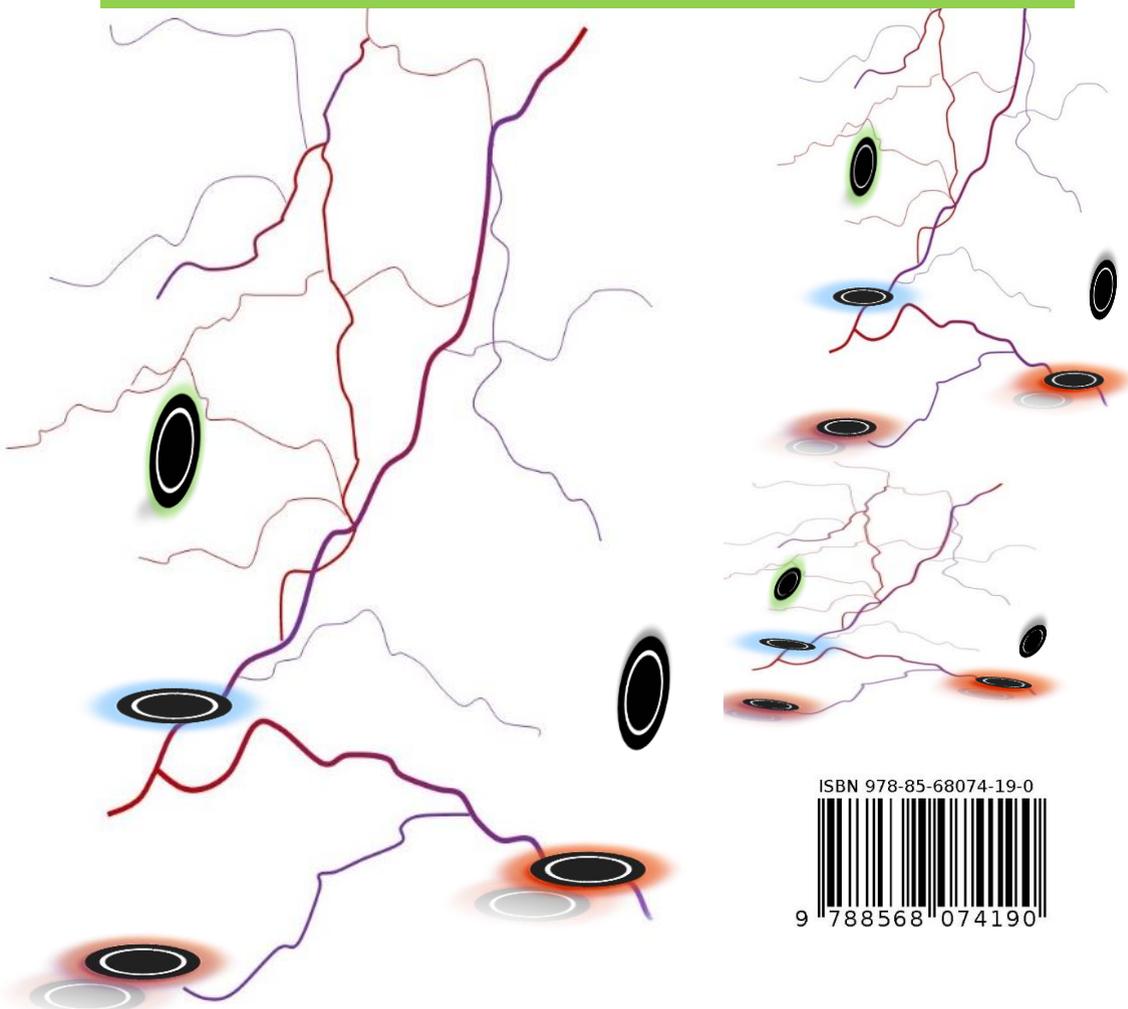
Disponível em: http://f.e-library.us/ebooks/free/comunicacao-organizacional-uscs-2014__30694.pdf.

HQs de humor no Brasil: variações da visão cômica dos quadrinhos brasileiros (1864-2014). SANTOS, Roberto Elísio dos (org.). Porto Alegre: EDIPUCRS, 2014. **V.4.**

Disponível em: <http://ebooks.pucrs.br/edipucrs/Ebooks/Pdf/978-85-397-0632-7.pdf>

Mídias sociais: uma contribuição de análise. GOULART, Elias E. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2014. **V.5.**

Disponível em: <http://ebooks.pucrs.br/edipucrs/Ebooks/Pdf/978-85-397-0630-3.pdf>



ISBN 978-85-68074-19-0



9 788568 074190