

AEDÊ GOMES CADAXA

**CONTEÚDOS PROMOTORES DE SAÚDE EM CAMPANHA DE AIDS: O QUE DIZ
O FACEBOOK DOS MINISTÉRIOS DA SAÚDE DO BRASIL E DO PERU?**

BRASÍLIA, 2014

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UnB
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – FS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA – PPGSC

AEDÊ GOMES CADAXA

**CONTEÚDOS PROMOTORES DE SAÚDE EM CAMPANHA DE AIDS: O QUE DIZ
O FACEBOOK DOS MINISTÉRIOS DA SAÚDE DO BRASIL E DO PERU?**

Dissertação apresentada como requisito parcial para
obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da
Universidade de Brasília.

Orientador: Prof^a. Dr^a. Ana Valéria Machado Mendonça

BRASÍLIA

2014

AEDÊ GOMES CADAXA

Documento apresentado pela candidata Aedê Gomes Cadaxa, orientada Prof^a. Dr^a. Ana Valéria Machado Mendonça, para avaliação da banca examinadora do Mestrado Profissionalizante em Saúde Coletiva par obtenção do título de mestre

Aprovado em 23 de julho de 2014

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Ana Valéria Machado Mendonça
Presidente da Banca Examinadora

Prof^a. Dr^a. Maria Fátima de Sousa
Membro interno da Banca Examinadora

Prof^a. Dr^a. Larissa Grandi Vaitsman Bastos
Membro externo da Banca Examinadora

AGRADECIMENTOS

À minha querida orientadora, a professora doutora Ana Valéria Machado Mendonça, pelas oportunidades e incentivo oferecidos desde o primeiro dia na UnB, pelos ensinamentos e por compartilhar sempre generosamente o seu conhecimento;

ao meu amor, Pedro Luís, pelo companheirismo, apoio e compreensão de todas as horas e por ter me alertado sobre tergiversar, significado tão importante nessa reta final;

a dona Cléo, mãe querida e orgulhosa, que sempre me conforta com suas palavras otimistas;

aos professores examinadores da banca de defesa por dedicarem seu tempo a leitura e avaliação desta dissertação;

a todos os professores, colegas e funcionários do PPGSC que contribuíram nesta trajetória;

aos colegas de trabalho por “segurarem as pontas” nos momentos em que não pude estar presente no Ministério da Saúde;

aos familiares e amigos que sempre saudosos e compreensivos da minha ausência comemorarão comigo mais esta conquista.

Pela Internet

Criar meu web site
Fazer minha home-page
Com quantos gigabytes
Se faz uma jangada
Um barco que veleje

Que veleje nesse infomar
Que aproveite a vazante da infomaré
Que leve um oriki do meu velho orixá
Ao porto de um disquete de um micro em
Taipé

Um barco que veleje nesse infomar
Que aproveite a vazante da infomaré
Que leve meu e-mail até Calcutá
Depois de um hot-link
Num site de Helsinque
Para abastecer

Eu quero entrar na rede
Promover um debate
Juntar via Internet
Um grupo de tietes de Connecticut...

Gilberto Gil

RESUMO

O presente trabalho apresenta os resultados da pesquisa que analisou os conteúdos promotores de saúde divulgados em mídias sociais pelos Ministérios da Saúde de países sul-americanos. Trata-se de um estudo de caso do uso do *Facebook* pelos Ministérios da Saúde do Brasil e do Peru, que analisou 105 publicações referentes à campanha do Dia Mundial de Luta contra AIDS realizada entre novembro de 2013 e fevereiro de 2014. Para alcançar o objetivo geral do estudo buscou-se compreender os conceitos relacionados à comunicação promotora de saúde a partir da revisão de autores revelando a predominância de duas concepções distintas sobre promoção da saúde - uma orientada para o estilo de vida e outra baseada em fatores determinantes de saúde. Concepções que também direcionam as ações de comunicação para promoção da saúde. Identificados os conceitos, seguimos para as análises das práticas e mensagens produzidas na mídia social. Apesar da heterogeneidade das práticas de comunicação, identificou-se uma maior utilização da mídia social como meio de comunicação para difusão da campanha de AIDS, do que para incentivar o processo de participação dos usuários. Enquanto nas práticas prevaleceu a visão hegemônica de promoção da saúde, baseada na difusão de informação prescritiva e da comunicação instrumental e em mensagens de comunicação do risco individual e adoção de práticas preventivas, em 19% das publicações brasileiras e 16% das publicações peruanas foram identificados conteúdos promotores de saúde. Estas publicações conjugaram informações sobre a prevenção e tratamento de AIDS a partir dos dois enfoques de promoção da saúde, o individual, que incentivava a decisão pessoal de realizar o teste de HIV, e o estrutural, relacionado aos contextos institucionais que influenciam na decisão de realizar o teste, como investimentos e acesso ao tratamento de AIDS ou a realização de eventos de mobilização para testagem de HIV. Informações consideradas com potencial de ampliar a percepção e compreensão sobre os fatores que influenciam na vulnerabilidade do indivíduo à AIDS e, conseqüentemente, na decisão de fazer o teste, objetivo das duas campanhas analisadas.

Palavras chave: Comunicação em Saúde; Mídias Sociais; Promoção da Saúde; AIDS

ABSTRACT

This paper presents the results of research that examined the promoters health content published on social media by the Ministries of Health of South American countries. This is a case study of the use of Facebook by the Ministries of Health of Brazil and Peru, which analyzed 105 papers referring to the World Day of Fight against AIDS campaign conducted between November 2013 and February 2014. To achieve the goal Overall the study sought to understand the concepts related to health promotion communication from the literature review revealed the predominance of two distinct views on health promotion - one oriented lifestyle and the other based on determinants of health. Conceptions also direct communication actions for health promotion. Identified the concepts, we proceeded to the analysis of practices and messages produced in social media. Despite the heterogeneity of communication practices, identified an increased use of social media as a means of communication to spread the AIDS campaign, than to encourage the process of user participation. While practices prevailed hegemonic vision of health promotion, diffusion-based prescriptive information and instrumental communication, although the majority of communication messages of individual risk and adoption of preventive practices, 19% of Brazilian publications and 16% of Peruvian publications were identified health-promoting content. These publications have combined information about the prevention and treatment of AIDS from the two approaches to health promotion, the individual, which encouraged a personal decision to make HIV testing, and structural, related to institutional contexts that influence the decision to perform the test, as investments and access to treatment for AIDS or conducting mobilization events for HIV testing. Information considered with potential to increase the perception and understanding of the factors that influence the individual's vulnerability to AIDS and, consequently, the decision to take the test, the goal of both campaigns analyzed.

Keywords: Health Communication; Social Media; Health Promotion; AIDS

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Frequência de publicações sobre o Dia Mundial de Luta contra AIDS nas páginas do <i>Facebook</i> dos Ministérios da Saúde do Peru, Brasil, Colômbia e Chile, no período de 19 de novembro a 19 de dezembro de 2013.....	50
Figura 2. Frequência de publicações sobre o Dia Mundial de Luta contra AIDS nas páginas do <i>Facebook</i> dos Ministérios da Saúde do Peru e do Brasil, no período de 19 de novembro 2013 a 13 de fevereiro de 2014.....	51
ARTIGO 1	
Figura 1: Frequência de publicações sobre o dia mundial de luta contra AIDS nas páginas do <i>Facebook</i> dos Ministérios da Saúde do Peru, Brasil, Colômbia e Chile, no período de 19 de novembro a 19 de dezembro de 2013.....	63
Figura 2. Mensagem de incentivo a participação publicada na página do Ministério da Saúde do Brasil no dia 05 de janeiro de 2014 durante campanha do Dia Mundial de Luta contra AIDS.....	66
Figura 3: Mensagens de convite para evento em comemoração ao Dia Mundial de Luta contra AIDS publicada na página do Ministério da Saúde do Peru no dia 30 de novembro de 2013.....	69
ARTIGO 2	
Figura 1: Frequência de publicações sobre o dia mundial de luta contra AIDS nas páginas do <i>Facebook</i> dos Ministérios da Saúde do Peru, Brasil, Colômbia e Chile, no período de 19 de novembro a 19 de dezembro de 2013.....	86

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Quadro analítico do nível de inserção dos Ministérios da Saúde do Brasil e do Peru no <i>Facebook</i>	53
ARTIGO 1	
Quadro 1: Quadro analítico do nível de inserção dos Ministérios da Saúde do Brasil e do Peru no <i>Facebook</i>	65

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

Bireme – Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde

CEAM – Centro de Estudos Avançados Multidisciplinar

Cepal – Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe

Flash mob – Flash mobilization

GPS – Sistema de Posicionamento Global

HIV– Vírus da Imunodeficiência Humana

MHealth – Mobile Health

Minsa – Ministério da Saúde do Peru

NESP – Núcleo de Estudos de Saúde Pública

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONG – Organização Não Governamental

OPAS – Organização Pan-americana da Saúde

SciELO – Scientific Electronic Library Online

SUS – Sistema Único de Saúde

TIC – Tecnologia de Comunicação e Informação

UnB – Universidade de Brasília

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	13
1. INTRODUÇÃO	15
2. REFERENCIAL TEÓRICO	19
2.1. PROMOÇÃO DA SAÚDE: CONCEITOS E TENDÊNCIAS	19
2.1.1. Promoção da saúde: caminho para intervenção nos determinantes sociais da saúde	21
2.1.2. Reduzindo riscos, mudando comportamentos e promovendo vida saudável.....	24
2.1.3. Promoção da saúde e AIDS: risco x vulnerabilidade	26
2.2. Promoção da saúde: o que a comunicação tem a ver com isso?	28
2.3. COMUNICAÇÃO, TIC E SAÚDE	35
3. METODOLOGIA	46
3.1. SELEÇÃO DOS CASOS	48
3.2. COLETA DE DADOS	51
3.3. SELEÇÃO, ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	53
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	56
4.1. ARTIGO 1. Práticas de comunicação em saúde em tempos de mídia social: um estudo de caso do uso do Facebook pelos Ministérios da Saúde do Brasil e do Peru.....	56
4.2. ARTIGO 2. Conteúdos Promotores de Saúde no <i>Facebook</i> dos Ministérios da Saúde do Brasil e do Peru	80
5. CONCLUSÃO	95
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	100
APÊNDICE A – MODELO DE TABELA DE COLETA DE DADOS NO <i>FACEBOOK</i>	107
APÊNDICE B – GRÁFICOS DE FREQUÊNCIA DAS PUBLICAÇÕES NO <i>FACEBOOK</i>: CAMPANHA DO DIA MUNDIAL DE LUTA CONTRA AIDS DE 2013	108
APÊNDICE C – GRÁFICOS DE DISTRIBUIÇÃO E PROPORÇÃO DAS PUBLICAÇÕES POR TIPO DE FORMATO	109

APÊNDICE D – GRÁFICOS DE DISTRIBUIÇÃO E PROPORÇÃO DE HIPERLINKS POR PUBLICAÇÃO	110
APÊNDICE E – DISTRIBUIÇÃO DAS PUBLICAÇÕES POR TIPO DE GÊNERO COMUNICACIONAL	111
APÊNDICE F – PROPORÇÃO DE PUBLICAÇÕES COM COMENTÁRIOS DE USUÁRIOS E DE RESPOSTAS DA INSTITUIÇÃO.....	112
APÊNDICE G – PROPORÇÃO DE PRÁTICAS INTERATIVAS E DE ENGAJAMENTO ENTRE AS MENSAGENS PUBLICADAS NA PÁGINA DO FACEBOOK DOS CASOS ESTUDADOS.....	113
APÊNDICE H – PROPORÇÃO DE CONTEÚDOS INDIVIDUAIS, ESTRUTURAIS E HÍBRIDOS NAS PUBLICAÇÕES NA PÁGINA DO <i>FACEBOOK</i> DO BRASIL E DO PERU - CAMPANHA DO DIA MUNDIAL DE LUTA CONTRA AIDS DE 2013.	114
APÊNDICE I – NUVEM DE PALAVRAS: PUBLICAÇÕES DA CAMPANHA DO DIA MUNDIAL DE LUTA CONTRA AIDS 2013 REALIZADA NO <i>FACEBOOK</i>	115
ANEXO A	116

APRESENTAÇÃO

Esta dissertação se insere na fase II do estudo “Política Institucional aos Processos do Cuidar: Estudos Comparados Sobre as Práticas de Promoção da Saúde nas Equipes da Estratégia Saúde da Família no Brasil e seus Similares em outros Países”, conduzido pelo do Núcleo de Estudos de Saúde Pública (NESP), do Centro de Estudos Avançados Multidisciplinar (CEAM), com a participação de docentes e alunos de pós-graduação do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília e financiado pelo Ministério da Saúde brasileiro.

O “Estudos Comparados” é uma pesquisa qualitativa de múltiplos casos onde cada país ou experiências específicas dentro dos países constituem unidades de análise e que, entre outros objetivos, busca sistematizar e analisar as práticas de comunicação e promoção da saúde desenvolvidas no Brasil e em outros 15 países.

Dividido em três momentos, o projeto já se encontra em sua terceira fase de coleta de dados e apresenta relatórios parciais das fases I e II. A presente dissertação faz parte da fase II do “Estudos Comparados”, que além do Brasil incluiu os seguintes países: Cuba, Canadá, Chile, Peru, Venezuela, Portugal e Colômbia, e foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Saúde da Universidade de Brasília sob o nº 084/12, obtendo dispensa de análise em 16 de julho de 2012 (anexo A).

Além do convite para contribuir, enquanto jornalista do Ministério da Saúde e especialista em comunicação e saúde, com uma das diversas pesquisas em saúde coletiva desenvolvidas pelo Nesp, núcleo de estudos reconhecido por privilegiar a intervenção interdisciplinar para o campo da saúde pública, foi a multiplicidade de formações, nacionalidades e olhares do grupo de pesquisadores que integram o “Estudos Comparados” que motivou a minha decisão de realizar este estudo de caso de forma comparada. Já que as leituras e análises, realizadas em grupo, revelaram que a compreensão da saúde e de sua promoção se dá na troca de saberes, contexto e entendimentos. Pois é na percepção das semelhanças, mas principalmente, no que é diverso a nós que se articulam os caminhos da construção do conhecimento em saúde.

Foi também a vontade instigante de tentar compreender o porquê estão e o que fazem instituições de saúde, como o Ministério da Saúde brasileiro, nas mídias sociais, que motivou esta investigação. Embora, com o distanciamento necessário

do núcleo de mídias sociais no Ministério da Saúde brasileiro, já que atuo como assessora de imprensa da Secretaria Especial de Saúde Indígena e tive que procurar no rigor do método científico afastar a influência das informações privilegiadas sobre as políticas e as estratégias desenvolvidas, as quais tenho acesso por força do ofício.

Também a percepção da crescente presença deste órgão do governo federal, como tantos outros, que nos últimos anos vem intensificando e diversificando sua atuação nas mídias sociais, seja no *Facebook*, *Youtube*, *Instagram*, *Twitter*, ou entre inúmeros outros sites de rede social, que rapidamente se popularizam e são incorporados ao múltiplo cardápio de Tecnologias de Comunicação e Informação (TIC) cada vez mais acessíveis e presentes em nossa sociedade.

Aliado a isso, como justificativa para o desenvolvimento desta pesquisa, temos a constatação de que apesar da crescente utilização e interesse da saúde pelo uso das TIC, em especial das mídias sociais, este ainda é um campo novo de pesquisa, sendo necessário refletir sobre os casos empíricos e suas possibilidades de investigação. Por isso, a opção por realizar um estudo de caso, estratégia de investigação empírica mais adequada na pesquisa exploratória de fenômenos pouco investigados, que analisasse a forma como os Ministérios da Saúde têm utilizado as mídias sociais para divulgar conteúdos e informações promotores de saúde.

Espera-se com esta pesquisa, a partir da identificação de conteúdos e práticas de comunicação em saúde no *Facebook*, refletir sobre os caminhos adotados pela promoção da saúde em tempos de comunicação em redes digitais e, com isso, possibilitar a construção de categoria para análise. Buscando também, a partir de um olhar crítico sobre a atual produção de conteúdos nas mídias sociais, apontar caminhos e fornecer subsídios, a fim de contribuir para o desenvolvimento de ações de comunicação em saúde que favoreçam o acesso à informação, a circulação de saberes, a compreensão dos contextos e a mobilização em torno de ações de promoção da saúde.

1. INTRODUÇÃO

Nas duas últimas décadas temos visto numa velocidade cada vez maior, diversas transformações promovidas pelo uso das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) em nossa vida cotidiana. Diretamente ligadas a criação da internet, mas que vão muito além do seu uso nos computadores e incluem inúmeras tecnologias e dispositivos cada vez mais inseridos no nosso dia a dia como telefones multifunção (*smartphones*), *tablet*, Sistema de Posicionamento Global (GPS), câmeras digitais, entre outros.

Essas tecnologias tomaram o cotidiano de instituições como escolas, hospitais, indústrias, órgãos públicos, bancos e lares, provocando transformações significativas da forma de viver de nossa sociedade. Entre estas mudanças podemos destacar o processo de virtualização das relações sociais que transformou e transforma a sociedade contemporânea, que entre outras mudanças vive e experiencia novas formas de percepção e linguagem e de circulação e difusão de informações e saberes. Esse espírito do nosso tempo chamado por Castells (2004) de “Sociedade em Rede” promove uma nova forma de sociabilidade, intrinsecamente relacionada a todas essas transformações: a sociabilidade mediada pela internet.

A internet é vista como “meio de expressões múltiplas” com diversidade de informações, fontes, modelos de interação, canais de expressão e de emissores, que tem como base a ideia da inserção da tecnologia na vida cotidiana e de que o objeto internet não é único, mas possuidor de diversos significados culturais em diferentes contextos de uso (RECUERO, AMARAL e MOTARDO, 2011; DRUETTA, 2009; RECUERO, 2010).

Com o surgimento da internet os processos de comunicação de massa, dominados principalmente pela mídia de massa, são subvertidos e passam a ser feitos em redes horizontais e de forma interativa (CASTELLS, 2004) pelos próprios indivíduos que produzem, recebem e enviam seus próprios conteúdos. Sem que isso exija grande conhecimento tecnológico ou custo, já que na maioria das vezes a utilização dessas mídias é gratuita.

Na sociedade da informação o espaço público de circulação e discussão de ideias foi deslocado dos grupos sociais para os meios de comunicação de massa, uma vez que estes adquiriram uma capacidade de conectar discursos e eleger os temas que estarão na ordem do dia das discussões na esfera pública (LIEDTKE,

2006). No entanto, a ampliação do acesso as TIC que tem possibilitado novas formas de comunicação, ampliou o espaço de produção e disseminação de informação, criando assim uma nova configuração do espaço público, que passa a ser virtualizado (NICOLA, 2003).

Nesse contexto o uso das mídias sociais como o *Twitter*, *Facebook*, *Youtube*, expandem suas redes de conexões agremiando usuários em todo mundo, se tornando cada vez mais populares. Em 2013 o *Facebook* atingiu 1,23 bilhão de usuários ativos em todo o mundo. Depois o *YouTube*, a segunda mídia social com maior números de usuários ativos no planeta, com um bilhão de usuários em 2013, seguido do *Google+* com 350 milhões e *Twitter*, este último registrando 245 milhões de usuários ativos no final do ano passado.

Essa revolução produzida pela web 2.0 também teve impacto no processo de divulgação das ações governamentais e no debate sobre a política pública. As mídias sociais têm se mostrado como um vetor de acesso e expansão dos mecanismos de interação entre governos e cidadãos. Nos Estados Unidos, por exemplo, a Casa Branca possui um perfil no *Twitter* com mais de quatro milhões de seguidores. Na América do Sul o uso das mídias sociais pelo Estado, em especial pelos órgãos responsáveis pela condução da política de saúde, também é observado em países como o Chile, Argentina, Peru, Colômbia e Brasil.

A sociedade em rede também tem influenciado e provocado mudanças na saúde, principalmente no compartilhamento de informações e experiências sobre o tema, já que na saúde as TIC têm assumido contextos de uso diversos, sejam eles pessoais, acadêmicos ou institucionais, que vão desde a difusão de informações e o compartilhamento de experiências sobre saúde, a novas formas de diagnóstico e tratamento de doenças. O que tem impactado nos sistemas de informação em saúde, na pesquisa científica, na relação entre médicos e pacientes e na constituição de redes de ajuda mútua entre pacientes, apenas para citar alguns exemplos.

No caso brasileiro, o Ministério da Saúde foi um dos órgãos pioneiros no uso das mídias sociais para divulgar suas políticas e ações, iniciando suas atividades nesse meio digital em 2007. Tanto é que o Ministério foi um dos primeiros a ter uma política orientando suas secretarias e órgãos vinculados sobre a utilização das redes sociais. A "Política de Atuação em Redes Sociais do Ministério da Saúde, Secretarias e Órgãos Vinculados" foi publicada de outubro de 2011, e traz diretrizes

de atuação, temas e conteúdos que devem ser utilizados nos ambientes das mídias sociais (BRASIL, 2011).

Ainda de acordo com o sitio do próprio órgão as mídias sociais do Ministério da Saúde atuam no diálogo e na aproximação do governo federal com a sociedade. As informações divulgadas são ações de saúde pública que auxiliam na melhoria da qualidade de vida do cidadão, seja para a promoção da saúde, prevenção de doenças ou adesão da população às mobilizações de campanhas (BRASIL, 2013).

De fato, o desenvolvimento de estratégias de comunicação para divulgação de informações e mobilização da população em torno de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças tem sido considerado um componente importante por parte dos governos no conjunto de ações desenvolvidas em programas voltados a qualidade de vida e promoção de hábitos saudáveis (RANGEL-S, 2008; ARAÚJO, 2009).

Contudo é preciso relativizar o potencial dessas práticas de comunicação centradas nas mudanças de hábitos, principalmente em um contexto multicausal que é o da promoção da saúde, já que o conceito de promoção da saúde não engloba apenas as ações dirigidas para o fortalecimento das habilidades e capacidades dos indivíduos de aumentar o controle sobre os determinantes de sua saúde, mas também das ações direcionadas para as mudanças nas condições sociais, ambientais e econômicas, de forma que alivie seu impacto sobre a saúde pública e individual (RANGEL-S, 2008).

Considerando que a promoção da saúde depende de espaços que favoreçam a participação, ou pelo menos a circulação de opiniões e informações, as mídias sociais, justamente pela sua natureza interativa, podem auxiliar na construção de estratégias de comunicação menos voltadas a mudança de comportamento e normatização dos estilos de vida e mais produtoras de diálogos e de circulação de múltiplas visões e saberes sobre saúde e que considerem outras formas de produzir modos de viver mais saudáveis e de favorecer a adoção de novas práticas de promoção da saúde (SAPAG e KAWACHI, 2007).

No que concerne à promoção da saúde esta, por sua vez, ancora-se nas ideias do que nos ensinam Buss (2000), Stotz e Araujo (2004), Carvalho (2004a) Rabello (2013) e Czeresnia (2009) ao afirmar que é no debate contemporâneo sobre a relação entre saúde, qualidade de vida e política pública que se desenvolve a concepção moderna de promoção da saúde enquanto campo conceitual e de

práticas. O ideário da promoção à saúde surge para contribuir com a renovação do pensamento sanitário contemporâneo por questionar o paradigma biomédico e apresentar-se como uma estratégia de mediação entre as pessoas e seu ambiente, combinando escolhas individuais como responsabilidade social pela saúde.

Neste contexto surgem as seguintes **questões de pesquisa**: há intencionalidade promotora da saúde nos conteúdos produzidos pelo Ministério da Saúde veiculados pelo *Facebook*? As mídias sociais possibilitam uma nova prática de comunicação para promoção da saúde? Estas questões partem do pressuposto de que o uso das mídias sociais pelas assessorias de comunicação dos Ministérios da Saúde dos casos estudados favoreceriam a produção de conteúdos promotores de saúde, justamente pelas características dialógicas da própria mídia e pelas possibilidades de ampliação da difusão e circulação dos conteúdos de emissores emergentes, como os produzidos pelos movimentos da sociedade civil organizada, associações de portadores de doenças, Organizações Não Governamentais (ONG), de populações e etnias vulneráveis e usuários dos sistemas públicos de saúde.

Como **objetivo central** buscou-se analisar os conteúdos promotores de saúde em campanha de AIDS publicados nas páginas do *Facebook* dos Ministérios da Saúde do Brasil, Chile, Colômbia, Peru e Venezuela. Enquanto os **objetivos específicos** buscaram: a) entender o conceito aplicado a conteúdos promotores de saúde; b) identificar as práticas de comunicação utilizadas na divulgação de conteúdos da campanha de AIDS nas páginas do *Facebook* dos Ministérios da Saúde do Brasil, Chile, Colômbia, Peru e Venezuela; c) identificar conteúdos promotores de saúde nas mensagens de campanha de AIDS publicadas nas páginas do *Facebook* dos Ministérios da Saúde do Brasil, Chile, Colômbia, Peru e Venezuela.

Desse modo, esta dissertação em sua estrutura formal segue percorrendo sobre o referencial teórico, o método de pesquisa utilizado e seus resultados e discussões que apontam caminhos à efetiva produção de conteúdos promotores de saúde para e pelas mídias sociais dos Ministérios da Saúde do Brasil e do Peru no contexto da AIDS.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Esta pesquisa destina-se a uma reflexão das práticas e o usos das Tecnologias de Informação e Comunicação na saúde, no âmbito das mídias sociais junto aos Ministérios da Saúde do Brasil, Chile, Colômbia, Peru e Venezuela, especificamente no conteúdo inerente à AIDS, quando da observação dos conteúdos de comunicação em saúde alusivos ao Dia Mundial de Luta contra AIDS em 2013.

Como referencial teórico este estudo baseia-se pontualmente na definição e entendimento do conceito de promoção em saúde, de comunicação em saúde e das Tecnologias de Informação e Comunicação, estas se restringindo apenas ao *Facebook* como mídia social. Em critério de excepcionalidade decidiu-se por não aprofundar o tema informação, ficando apenas Tecnologias (enquanto mídia social) e Comunicação (em saúde).

2.1. PROMOÇÃO DA SAÚDE: CONCEITOS E TENDÊNCIAS

O ideário da promoção à saúde pode contribuir para a ruptura entre as velhas e novas práticas em saúde, fornecer elementos para transformação do 'status quo' sanitário e para a produção de sujeitos autônomos e socialmente solidários. Contraditoriamente os seus enunciados teóricos e indicações estratégicas – aparentemente inovadoras, radicais e suficientes para efetivas mudanças no campo da Saúde – podem encobrir uma abordagem funcionalista e conservadora que favoreça o 'status quo' e reforce a hegemonia do ideário da ordem neoliberal. (CARVALHO, 2004a, p. 676)

A promoção da saúde configura-se como uma proposta de política pública mundial a partir de uma visão contemporânea da saúde, disseminada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a partir das conferências de Alma-Ata (1976) e Otawa (1986). Neste contexto a saúde passa a ser encarada sob uma ótica mais holística, como uma importante dimensão da qualidade de vida e um recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal. A promoção da saúde apresenta-se como uma estratégia de mediação entre as pessoas e seu ambiente, combinando escolhas individuais como responsabilidade social pela saúde (BUSS, 2000 e 2009; RABELLO, 2013; CZERESNIA, 2009).

Buss (2000), Stotz e Araujo (2004), Carvalho (2004a) Furtado e Szapiro (2012) e Czeresnia (2009) destacam que muito antes de ter se consolidado como

um modelo mundial de Políticas Públicas Saudáveis, as relações entre saúde e condições de vida já faziam parte da racionalidade das sociedades modernas cujos governos já se ocupavam da gestão de ambientes, com vistas a melhorar as condições de saúde da população. No entanto, no final do século XIX com o advento das descobertas microbiológicas de Pasteur, restringiu-se o escopo da promoção da saúde enquanto ação de intervenção social e enfatizou-se seu caráter técnico e setorial (BUSS, 2000), mais alinhado ao novo modelo de assistência médica curativa e individual que delineou as bases da medicina e dos serviços de assistência à saúde modernos. Ainda que dentro dessa visão clássica de saúde se identificasse nas medidas preventivas caminhos para melhoria das condições de vida em geral (FURTADO e SZAPIRO, 2012).

A retomada do discurso sobre promoção da saúde se deu a partir da década de 1970, com a divulgação do informe Lalonde, publicação do governo canadense que apontava aumento crescente dos gastos da assistência médica curativa e criticava as limitações das ações centradas neste modelo de atenção para lidar com determinantes de saúde ligados ao meio ambiente, biologia humana e estilo de vida (CZERESNIA, 2009; BUSS, 2000; FERREIRA, 2012; RABELLO, 2010; CARVALHO, 2004a). Assim é no debate contemporâneo sobre a relação entre saúde, qualidade de vida e política pública que se desenvolve a concepção moderna de promoção da saúde enquanto campo conceitual e de práticas.

Outro nó crítico no debate sobre o conceito de promoção da saúde é a linha divisória entre este e o conceito de prevenção. Em muitos casos, projetos de promoção da saúde ao mesmo tempo que destacam as exposições ambientais ou ocupacionais como fatores determinantes de doenças, propõem ações para mudança de comportamento individual a fim de evitar o adoecimento.

Essa confusão conceitual tem referência dialógica, já que o conhecimento epidemiológico é nuclear para configuração das práticas de saúde pública, sendo que a diferenciação entre promoção e prevenção surge a partir da compreensão e dos limites do saber epidemiológico (CZERESNIA, 2009; BUSS, 2009; CARVALHO 2004a).

No entanto essa é uma reflexão muito mais filosófica do que técnica, já que como a saúde, a promoção da saúde é um conceito dinâmico, controverso e construído socialmente a partir do reconhecimento do que é estar doente ou saudável e dos itens que compõem a qualidade de vida em cada época, em cada

sociedade. Assim como afirmado Czeresnia (2009 p. 22), “promover saúde envolve escolhas e isso não é da esfera do conhecimento verdadeiro, mas do valor”.

Apesar dessa multiplicidade de visões que o tema pode suscitar, podemos reunir a promoção da saúde em duas grandes concepções distintas: uma orientada para o estilo de vida e outra baseada em fatores gerais de determinação da saúde (SUTHERLAND & FULTON, 1992 apud BUSS, 2009; CARVALHO 2004a). Uma tem origem na tradição da intervenção clínica e no paradigma biomédico e coloca ênfase na transformação dos comportamentos individuais e nos fatores de riscos para o adoecimento. A outra incorpora uma visão mais estrutural e menos biológica da saúde, a partir de fatores ambientais, políticos, econômicos e sociais que influenciam na qualidade de vida.

2.1.1. Promoção da saúde: caminho para intervenção nos determinantes sociais da saúde

O enfoque da promoção da saúde que busca compreender e enfrentar os “macrodeterminantes do processo de saúde-doença” (BUSS, 2009, p. 34) constituiu um novo paradigma, contrapondo-se ao paradigma biomédico ao incorporar uma visão social de que a saúde não é um estado estático, biologicamente definido, mas sim um estado dinâmico, socialmente produzido a partir de fatores estruturais, como: alimentação, habitação, saneamento, trabalho, educação e renda. Nesta concepção as atividades de promoção da saúde estariam centradas em políticas públicas, na produção de ambientes favoráveis ao desenvolvimento da saúde e no reforço da capacidade dos indivíduos e das comunidades de agirem social e politicamente sobre os fatores de determinação da saúde (BUSS, 2009; RABELLO, 2010, CZERESNIA, 2009; CARVALHO, 2004a).

As políticas públicas saudáveis tem se consolidado como uma das estratégias operacionais concretas de promoção da saúde muito mais pelos efeitos deletérios que certas políticas causaram na saúde, do que por seus benefícios (BUSS, 2000). Segundo o autor, ao longo do século XX foram notórios os efeitos negativos de muitas políticas econômico-industriais sobre a saúde, políticas produtoras de ambientes sociais mórbidos e geradoras de desigualdades sociais, danos ambientais e violências. Diante do adoecimento social provocado pela modernidade, emergiu a ideia de políticas públicas saudáveis.

A perspectiva das políticas públicas saudáveis distingue-se e ultrapassa em abrangência as ações ambientais da saúde pública tradicional e, mesmo, as políticas urbanas de expansão de serviços e bens de consumo coletivo. Implica uma abordagem mais complexa, devendo ser compreendida como uma (re)formulação inovadora tanto do conceito de saúde quanto do conceito de Estado (e, portanto, de política pública) e de seu papel perante a sociedade (BUSS, 2000, p. 174).

A partir dessa visão, consolidada nas Conferências sobre o tema (Ottawa e Adelaide) e disseminadas por organismos internacionais como a Organização Mundial de Saúde (OMS), Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e Banco Mundial, as políticas públicas saudáveis teriam um duplo compromisso, tanto no campo político quanto no técnico. No campo político teriam o papel de situar a saúde como prioridade na agenda dos governos, a partir da responsabilização do setor público pelas políticas que implementa ou deixa de implementar, seja as da área social, diretamente ligadas às questões de saúde, seja as da área econômico-administrativas, que também produzem impactos sobre os sistemas de saúde (BUSS, 2000).

Já no campo técnico o papel seria o de enfatizar o foco de intervenção nos fatores determinantes do processo saúde-doença, por meio de mecanismos operacionais como: a intersetorialidade, um dos fundamentos da promoção da saúde, e meios efetivos de controle social e participação da população organizada na definição da política pública (BUSS, 2000).

Outro importante campo de ação da promoção da saúde seria o de fortalecer as capacidades de indivíduos e comunidades para lidar com a multiplicidade dos fatores condicionantes da saúde (CZERESNIA, 2009). Esses elementos capacitantes não se restringem apenas ao conhecimento sobre a prevenção de doenças e seu controle, vão muito além, e dizem respeito à construção da capacidade de escolha sobre a própria saúde, e estão no campo da mobilização social e do exercício da cidadania.

Essa construção se daria por meio do desenvolvimento de habilidades, a partir do acesso à informação e à educação em saúde e pela utilização desse conhecimento para compreender as diferenças e singularidades do contexto social na produção da saúde, possibilitando atuar coletivamente para alcançar ambientes favoráveis e oportunidades equânimes para que os indivíduos e grupos possam realizar completamente seu potencial de saúde (BUSS, 2000; CZERESNIA, 2009; CARVALHO 2004a; NEVES e GUILAM, 2007).

Nesse contexto da participação ativa das pessoas e grupos na mudança das condições sanitárias e na busca pela qualidade de vida, o desenvolvimento de habilidades e capacidades que tornam os indivíduos aptos a atuar em prol de sua própria saúde e também da sua comunidade transforma-se em uma ação estratégica para promoção da saúde a qual vem sendo denominada por muitos autores como *empowerment* (CZERESNIA, 2009; CARVALHO 2004b; NEVES e GUILAM, 2007; STOTZ e ARAUJO, 2004).

Segundo Carvalho (2004b) que desenvolveu estudo sobre as abordagens e usos desse conceito na promoção da saúde, *empowerment*, grosso modo, é um conceito complexo e que tem origem nos movimentos sociais de países desenvolvidos como os de luta pelos direitos civis e o feminismo e na ideologia da ação social e a partir das três últimas décadas do século XX foi influenciado pela psicologia comunitária, pela autoajuda, pela cultura administrativo-empresarial e pelo movimento de afirmação dos direitos de cidadania. Devido a essas múltiplas influências e diversas traduções que o termo ganhou no português e espanhol (empoderamento, emancipação, capacitação), o conceito se tornou ambíguo e passível de diversas interpretações (CARVALHO 2004a; STOTZ e ARAUJO, 2004).

No entanto, para nosso estudo interessa os conceitos extraídos por Carvalho (2004a; 2004b) a partir das abordagens predominantes no ideário da Promoção da Saúde: o enfoque comunitário e o psicológico. O primeiro, chamado de *empowerment* comunitário, tem inspiração nas ideias de Paulo Freire e parte da compreensão de que as macroestruturas sociais e de poder influenciam e condicionam o cotidiano dos indivíduos. Por isso essa abordagem busca promover estratégias que aumentem a “capacidade de indivíduos e comunidades de definirem, analisarem e atuarem sobre seus próprios problemas” (CARVALHO, 2004b, p 676).

Já *empowerment* psicológico, deriva da ideia de desenvolvimento de uma consciência sanitária e da responsabilidade individual a partir do fortalecimento das capacidades próprias dos indivíduos e comunidades de se adaptarem ao ambiente e com isso conseguirem um maior controle sobre a própria saúde, sem necessitarem recorrer à ajuda de instituições estatais, alcançando esse objetivo por meio da educação e informação sobre saúde, doença e ambientes (CARVALHO, 2004a; 2004b).

2.1.2. Reduzindo riscos, mudando comportamentos e promovendo vida saudável

A abordagem do *empowerment* psicológico juntamente com o conceito de risco são estruturantes para concepção de promoção da saúde voltada ao estilo de vida (CARVALHO, 2004a; STOTZ e ARAUJO, 2004; CZERESNIA, 2009; NEVES e GUILAM, 2007), a qual tem por objetivo a mudança de comportamentos considerados não saudáveis como tabagismo, abuso de álcool e outras drogas, obesidade, sedentarismo e promiscuidade sexual. Essa abordagem tem origem na tradição da intervenção clínica e no paradigma biomédico e coloca ênfase na transformação dos comportamentos individuais, com foco nos fatores de riscos para o adoecimento ou de benefício para uma vida saudável. Neste caso, os programas ou atividades de promoção da saúde tendem a se concentrar em componentes que intervenham nesses fatores comportamentais que se encontrariam sob o controle do próprio indivíduo (CARVALHO, 2004; STOTZ e ARAUJO, 2004; FURTADO e SZAPIRO, 2012).

Para Stotz e Araujo (2004), Carvalho (2004a), Furtado e Szapiro (2012) e Neves e Guilam (2007) essa visão de promoção da saúde reduz a vida e a saúde a termos biológicos e funcionais e por tanto a ações centradas na regulação e vigilância dos corpos e na administração individual dos riscos sobre a saúde. Nessa visão, os modos de viver têm sido abordados numa perspectiva individualista e desconectada com os contextos sociais, políticos e econômicos em que as pessoas estão inseridas ao colocaram os sujeitos e as comunidades como os responsáveis únicos pelas escolhas que influenciam no processo saúde-doença ao longo da vida.

Em razão dessa concepção as políticas e programas de promoção da saúde são voltadas à capacitação dos indivíduos, para que eles próprios possam participar da melhoria de sua qualidade de vida. Esse processo de capacitação cujo foco das ações está centrado na identificação de fatores de riscos relacionados ao estilo de vida que são causadores de doenças específicas, utiliza-se principalmente de estratégias de comunicação e educação para normalização e transformação dos comportamentos individuais. Indivíduos passam a ser classificados como de alto risco para o adoecimento e incentivados a mudar seu estilo de vida a fim de reduzir o peso econômico-social que possam causar a si mesmos e conseqüentemente a sociedade (NEVES e GUILAM, 2007).

Esse modelo explicativo da promoção da saúde além de ter como pressuposto que os indivíduos devam assumir a responsabilidade sobre seu estilo de vida, como adoção de alimentação saudável, prática de exercícios físicos e abandono de hábitos nocivos como tabagismo e sedentarismo, incorpora também outros fatores como classe, gênero e raça e uma “nova consciência” sobre os riscos resultantes da atividade humana como poluição, violência e desmatamento (CARVALHO, 2004a).

No entanto, fatores como condições sanitárias, acesso a serviços de saúde e priorização de políticas públicas são de ordem estrutural e estão sob a gestão do Estado, fazendo parte da configuração política e econômica de cada país, ficando estão fora da governabilidade direta dos indivíduos. Por isso essa visão é criticada por alguns autores (CARVALHO, 2004a; STOTZ e ARAUJO, 2004; NEVES e GUILAM, 2007), que afirmam que muitas políticas de promoção da saúde acabam por reforçar o caráter normalizador do setor e de suas práticas.

Esta visão normalizadora é apontada como a orientadora das propostas de políticas públicas formuladas por organismos internacionais como o Banco Mundial e OMS, voltadas especialmente para os chamados países em desenvolvimento e para segmentos mais pobres e excluídos (STOTZ e ARAUJO, 2004; NEVES e GUILAM, 2007). Nessas políticas internacionalizadas a saúde aparece como um projeto que deverá ser definido por cada nação ou grupo social, porém a partir de estratégias pré-estabelecidas fortemente alinhadas com o discurso de ajustes econômicos e redução dos direitos universais no contexto mundial de crise e contenção dos Estados de Bem-Estar Social (STOTZ e ARAUJO, 2004).

Embora críticos dos projetos normalizantes e individualistas de promoção da saúde desenhados pelos organismos internacionais, muitos desses autores como Stotz e Araujo (2004), Carvalho (2004a), Furtado e Szapiro (2012) e Neves e Guilam (2007) não deixam de reconhecer as contribuições dessa proposta para o debate conceitual sobre saúde, em especial sua contribuição para “renovação do pensamento sanitário contemporâneo” (CARVALHO 2004a, p. 676), justamente por questionar o paradigma biomédico e curativo que dominou e, em certa medida, ainda domina o pensamento da saúde pública.

2.1.3. Promoção da saúde e AIDS: risco x vulnerabilidade

Ficou nítida a necessidade de as pessoas responderem à transformação das práticas não no plano estrito da individualidade privada, mas como sujeitos sociais, como agentes da esfera pública da vida social. Intervenção estrutural, organização comunitária, construção de cidadania, ativismo político, ação jurídica, direitos humanos, tudo isso passa a ser entendido como parte indissociável das ações de prevenção e cuidado (AYRES et al., 2009, p.23).

Transpondo os dois enfoques predominantes da promoção da saúde para o contexto da epidemia de AIDS também é perceptível essa dicotomia conceitual, entre os fatores individuais e os estruturais e sua influência sobre concepção das ações de promoção da saúde. No caso específico da AIDS essa dicotomia se materializa na discussão dos conceitos de risco e vulnerabilidade. Apesar de ambos se basearem nas associações probabilísticas da distribuição populacional entre condições objetivas e mensuráveis de contágio e adoecimento, a vulnerabilidade tem procurado ampliar o plano individual do risco para o plano das suscetibilidades socialmente produzidas (AYRES et al., 2009).

O uso do instrumental epidemiológico, baseado em condições mensuráveis de causas e distribuição populacional da infecção, mostrou-se e mostra-se fundamental importância nas intervenções orientadas a evitar o surgimento ou aumento de doenças, como a AIDS. Segundo Czerina (2009) o objetivo formal do estudo de risco é inferir a causalidade, avaliando a probabilidade da ocorrência de eventos de doença em indivíduos e/ou populações expostas a determinados fatores.

No entanto a necessidade de rever a ideia de risco associado a indivíduos e grupos mais suscetíveis à AIDS foi fruto dos efeitos negativos produzidos pela simplificação e descontextualização do conceito, principalmente os decorrentes das informações disseminadas pela mídia no início da epidemia. Mesmo que a adoção do enfoque de comportamento de risco para AIDS tenha sido uma resposta mais abrangente a epidemia, já que buscou universalizar a preocupação com o controle do HIV a partir do estabelecimento de práticas seguras de prevenção à infecção para todos os indivíduos e não só para os grupos de risco. Este último conceito, de grupo de risco, geralmente utilizado inadequadamente, conferia uma abordagem punitiva e estigmatizante aos portadores da doença. No entanto, apesar de mais abrangente o conceito de comportamento de risco também sofreu críticas, pois manteve as ações de prevenção focadas nas condutas, hábitos e práticas sexuais

dos indivíduos, não abarcando o conceito de vulnerabilidade ao HIV (AYRES et al., 2009; CZERESNIA, 2009).

No caso da AIDS e no contexto da promoção da saúde, o conceito de vulnerabilidade surge justamente para ampliar e contextualizar a ideia de risco. O conceito de risco em saúde em nossa sociedade vem cada vez mais sendo constituinte de práticas sanitárias que adotam uma perspectiva de investigação epidemiológica mais individualista, afastando-se progressivamente das preocupações sanitárias coletivas que lhe deram origem (BAGRICHEVSKY et al., 2010). Porém, o risco é uma categoria de conhecimento socialmente produzida, construída e negociada a partir de interações sociais e de produção de sentidos, cujo significado atual responde em grande medida a um processo cultural construtor de um homem individualista, que buscou responder aos efeitos da natureza e da atividade humana sob a lógica da ciência, da ordem e da proteção (CARVALHO, 2004a).

Como destacado por Ayres et al. (2009), AIDS não é necessariamente resultado do binômio 'informação-vontade', mas integra outras dimensões além do comportamento pessoal, incluindo também o contexto social e de organização institucional. A compreensão das vulnerabilidades, pertencente ao enfoque da atual fase de resposta à epidemia, busca a capacitação e mobilização coletivas em torno das condições políticas, econômicas, sociais e culturais que também influenciam na HIV/AIDS (CZERESNIA, 2009).

Assim, a vulnerabilidade a um determinado agravo é determinada por uma série de fatores que podem ser agrupados em três planos distintos, porém conjugados: os fatores de plano individual, os de ordem pragmática ligados às ações do poder público, da iniciativa privada e de organismos da sociedade civil voltadas para diminuir as chances de ocorrência da doença e por fim, os fatores de ordem social que dizem respeito a estrutura disponível de acesso a informações, mecanismos de participação, serviços, liberdade de expressão, entre outros (AYRES, 1997 apud SEFFNER, 2006).

2.2. **Promoção da saúde: o que a comunicação tem a ver com isso?**

Seja entre os que veem a Promoção da Saúde como uma mudança de paradigma das políticas de saúde pública ou entre os que apontam no discurso da Promoção da Saúde um reforço da responsabilização individual sobre a saúde e de normalização dos corpos, ambos concordam que os processos de comunicação são estruturantes para o desenvolvimento das políticas, programas e ações de promoção da saúde.

O campo da comunicação em saúde tem assumido um importante papel como um dos componentes dos sistemas de saúde, de suas políticas e programas. A Organização Mundial da Saúde vê a comunicação como uma estratégia fundamental para informar o público sobre questões relativas à saúde e manter os temas importantes de saúde na agenda pública (ROJAS-RAJS e SOTO, 2013). A importância da comunicação para saúde também é reconhecida nos diversos documentos produzidos pelas conferências internacionais a exemplo de Alma-Ata, Ottawa, Adelaide e Jacarta. Neles a comunicação aparece como um dos vários elementos do contexto social que influenciam a promoção da saúde (FERREIRA, 2012).

A comunicação em saúde é um termo amplo utilizado para se referir a uma variedade de utilizações da comunicação em diferentes níveis sociais e relacionais, com distintos objetivos ou finalidades. Assim, ela pode ser usada para explicar o uso e influência dos meios de comunicação e outras tecnologias na saúde ou como um componente para divulgar conteúdos sobre a saúde. Pode ser uma estratégia para mudar comportamentos, educar ou fazer circular informações sobre saúde. Pode ser um processo essencial ao debate público sobre saúde ou uma estratégia para ampliação da participação do cidadão na política pública. (SCHIAVO, 2010; ROJAS-RAJS e SOTO, 2013; ARAÚJO e CARDOSO, 2007; MENDONÇA, 2014).

O desenvolvimento de estratégias de comunicação para divulgação de informações e mobilização da população em torno de ações de promoção da saúde tem sido considerado um componente importante por parte dos governos e dos organismos internacionais em ações desenvolvidas nos programas voltados a qualidade de vida e promoção de hábito saudáveis (RANGEL-S, 2008; ARAUJO e CARDOSO, 2009; FERREIRA 2012).

Neste contexto, assim como ocorre com a Promoção da Saúde, a Comunicação quando relacionada com a saúde assume linhas teóricas distintas,

sendo que em algumas dessas abordagens encontram pontos de intersecção com as dimensões conceituais predominantes sobre Promoção da Saúde apresentadas anteriormente. Assim relacionando com a Promoção da Saúde, a Comunicação serviria tanto como ferramenta para mudança ou adoção de comportamentos de saúde no nível individual como mecanismo de mobilização social e intervenção institucional em questões estruturais que determinam à saúde.

A garantia do acesso à informação é apontada pela Comissão Brasileira sobre Determinantes Sociais de Saúde como fator necessário para conscientização e conseqüente aumento da atuação da sociedade sobre esses determinantes e decisão sobre as políticas públicas a eles relacionados. Sendo também o próprio acesso a fontes de informação sobre saúde considerado como um determinante social que permite além de aumentar o conhecimento e a capacidade de ação, a adoção de comportamentos saudáveis e a mobilização social para a melhoria das condições de vida (FERREIRA, 2012).

Conforme destacado por Schiavo (2007) existem vários conceitos de comunicação em saúde, porém essas definições destacam o papel que a comunicação pode desempenhar para influenciar e apoiar indivíduos ou grupos, para adotar uma prática comportamental ou uma mudança social que acabará por melhorar os resultados de saúde. Assim a comunicação em saúde toma contornos do discurso da adoção ou mudança de hábitos, sejam eles individuais ou sociais, utilizando como fundamento teórico os estudos da *Mass Communication Research*¹, que apontam como requisito para a prática de comunicação em saúde a definição do alvo que se quer atingir (indivíduos, ambientes ou ambos) e que fatores se pretende mudar (SCHIAVO, 2007; CORCORAN, 2010).

Estudo de Cohen, Scribner e Fariey (2000) também aborda o tema da mudança de comportamentos e a promoção da saúde. Segundo os autores as intervenções de saúde podem ser divididas pelo tipo de abordagem. Individual que

¹ Os primeiros estudos do *Mass Communication Research* datam de 1927, com o livro de Lasswell que extrai do período pós-guerra, as lições da comunicação para difusão de propaganda para mobilizar as massas e fazer a gestão governamental das opiniões. Nos anos 1940 a corrente ganhou força e se instalou como escola de análise funcional e quantitativa da comunicação, com desenvolvimento de pesquisas voltadas para avaliar as audiências, analisar os efeitos provocados pela mídia e os conteúdos das comunicações. Utilizava os enfoques das teorias psicológicas comportamentais em voga na época como o Behaviorismo e as teorias de condicionamento de Pavlov. Sustentam uma sociologia funcionalista da mídia, centrada na avaliação da eficácia da comunicação e nos padrões de difusão da informação, "quem diz o que, por que canal e com que efeito". MATTELART, A.; MATTELART, M. **História das teorias da comunicação**. 4 ed. São Paulo: Edições Loyola, 2001. p. 29-43.

busca influenciar ou mudar atitudes, crenças, valores, conhecimento ou habilidades que impactam na saúde. Estrutural que busca intervir ou alterar condições que estão além do controle individual, como a adaptação de ambientes ou melhoria no acesso aos serviços de saúde. Especificamente sobre a influencia da mídia, o estudo de Cohen et al. (2000) identificou que esta opera de forma híbrida, agindo tanto no nível individual como no estrutural, quando se busca a mudança de atitudes relacionadas à saúde.

Segundo Corcoran (2011, p. 149) “toda a promoção da saúde ocorre no âmbito da comunicação”. Ela diz ainda no que se refere as teorias e modelos sobre mudança do comportamento humano que “*o fundamento da promoção de saúde deve ser uma compreensão de como e por que as pessoas mudam seus comportamentos e em que ponto da intervenção é melhor direcionar a mensagem*” (CORCORAN, 2010, p.5).

Ainda na visão baseada nas teorias comportamentais surge a comunicação voltada ao controle dos riscos, ou comunicação de risco. Segundo Coe (1998) a comunicação de risco é um processo de intercâmbio de informações e opiniões entre indivíduos, grupos e instituições, principalmente as relacionadas com a forma em que as pessoas agem e elegem opções frente a situações que criam estresse ou apresentem perigo à saúde ou a outras situações de risco. Já segundo Rangel-S (2007) a comunicação de risco surgiu nos Estados Unidos, durante as duas últimas décadas do século XX, como estratégia para lidar com riscos ocupacionais e ambientais, principalmente em grandes empresas. Tendo como objetivo informar sobre os riscos à segurança e à saúde aos quais as pessoas estão expostas, especialmente em situações emergenciais. Nos países em desenvolvimento, a comunicação de risco aparece como um processo de regulamentação sanitária, especialmente relacionada ao tema da confiança e credibilidade na tecnologia e no Estado para proteger a população e promover os seus interesses sanitários e ambientais (RANGEL-S, 2007).

Sob uma visão mais instrumental a comunicação do risco na saúde é reduzida à sua dimensão técnica que serve para alertar sobre os riscos à saúde aos quais as pessoas estão expostas mediante a gestão das informações sobre todos os riscos estudados, medidos e nomeados sejam eles relacionados a produtos, ambientes, práticas e hábitos que são possíveis causadores de doenças e agravos. Assim como ocorreu e ocorre no caso da AIDS, a comunicação do risco se faz

presente nas campanhas que partem de dados epidemiológicos, para comunicar fatores de risco para transmissão, contágio e adoecimento e mediadas protetivas de prevenção, detecção e tratamento da doença (RANGEL-S, 2007).

Assim, as campanhas de comunicação devem ser iniciadas por uma análise dos aspectos comportamentais do problema de saúde, já que este é um fator de risco importante nas causas de morte e adoecimento (CORCORAN, 2010). Porém como contraponto os comportamentos também são alterados pelo contexto social mais amplo, sob a influência de fatores ambientais, políticos ou estruturais que são difíceis de controlar. E por isso propor ações de comunicação que se concentrem apenas no indivíduo de forma isolada, pode não ser tão efetivo.

Além disso a premissa baseada nas teorias do *Mass Comunicacion Research*, de que a mídia emite mensagens condicionantes para receptores homogêneos persiste também entre os planejadores das campanhas de saúde. Premissas que se baseiam no modelo linear de comunicação, que estuda estímulos adequados para respostas específicas e, por tanto, consideram como estratégica a capacidade da mídia de massa em disseminar informações capazes de influenciar a sociedade (CASTIEL e VASCONCELLOS-SILVA, 2006).

Assim as mensagens são colocadas como recursos promotores de saúde e de mudança comportamental alcançados a partir de “grandes doses de informação a serem ajustadas posologicamente, segunda capacidades individuais de assimilação” (CASTIEL e VASCONCELLOS-SILVA, 2006 p. 74) como se “os indivíduos estivessem fixados semântica e socialmente em um universo de sentidos únicos e imutáveis” (CASTIEL e VASCONCELLOS-SILVA, 2006 p. 51).

Talvez porque na prática assistencial fortemente centrada no modelo biomédico, os espaços de interação e circulação de discursos ainda tenham uma relevância secundária. Dessa forma a transmissão de informações sobre saúde é vista enquanto atividade educativa de instrução e convencimento e não de esclarecimento e diálogo, já que não reconhece as peculiaridades dos contextos e visões de mundo e está centrada na produção de verdades tecnicamente corretas. Consequentemente produzindo comunicações, campanhas de saúde cujos formatos são pouco relacionais e fracamente participativos e por isso não dão conta da multiplicidade de conteúdos e contextos da saúde e qualidade de vida e que influenciam na adoção ou abandono de hábitos relacionados à saúde (CASTIEL e VASCONCELLOS-SILVA, 2006; ARAUJO, CARDOSO e MURTINHO, 2010).

A comunicação em saúde para mudança de comportamentos é apontada por alguns autores (ROJAS-RAJS e SOTO, 2013; ARAUJO e CARDOSO, 2009; CASTIEL e VASCONCELLOS-SILVA, 2006, RANGEL-S, 2007) como sendo o modelo de comunicação hegemônica e “*que orienta el ejercicio actual de comunicación institucional sobre estilos de vida saludables em gran parte de los países de América Latina y del mundo*” (ROJAS-RAJS e SOTO, 2013, p.588).

O debate crítico sobre esse modelo hegemônico vem impulsionando o desenvolvimento, principalmente na América Latina, de modelos alternativos de comunicação, que discutem a relação entre sociedade e comunicação, permitindo o desenvolvimento de abordagens conceituais onde sobressai a comunicação como fator de mediação social para melhoria da saúde. Visão que tem como base teórica inicial os estudos críticos, de perspectiva marxista, sobre os meios de comunicação de massa da Escola de Frankfurt² e mais recentemente a teoria da ação comunicativa de Habermas³, outro “frankfurtiano” e os estudos sobre mediações e o multiculturalismo de Martín-Barbero⁴ (ROJAS-RAJS e SOTO, 2013; RANGEL-S, 2007).

² Formada por um grupo de filósofos da escola alemã de Frankfurt, exilados em razão da ascensão de Hitler, passaram a desenvolver seus estudos na escola americana de Columbia, partir da década 1930. Os estudos dos filósofos de Frankfurt ficaram conhecidos como Teoria Crítica. De inspiração marxista, criticava a visão funcionalista dos meios de comunicação de massa e as consequências do desenvolvimento da mídia como mecanismo de regulação da sociedade. Foram Theodor Adorno e Max Horkheimer, dois filósofos da escola, que criaram o conceito da “Indústria Cultural”, a partir de estudos sobre o rádio e o cinema, analisaram a produção da industrial de bens culturais como um movimento global de produção da cultura como mercadoria. Além de Adorno e Horkheimer, também compunham o grupo de teóricos da Escola de Frankfurt, Walter Benjamin, Herbert Marcuse, Erich Fromm e Jürgen Habermas. MATTELART, A.; MATTELART, M. **História das teorias da comunicação**. 4 ed. São Paulo: Edições Loyola, 2001. p. 73-111

³ Herdeiro da corrente crítica e dialética de Adorno e Horkheimer, o filósofo alemão Jürgen Habermas dá continuidade aos estudos de seus antecessores e desenvolve inicialmente reflexões sobre a esfera pública e a opinião pública. Porém envolvido pelo ressurgimento dos estudos sociológicos sob a perspectiva do indivíduo, das trocas simbólicas e da prática linguística, desenvolve uma sociologia do agir comunicativo que se debruça sobre o estudo das redes de interação da sociedade, constituída por relações comunicativas, e de suas racionalidades. MATTELART, A.; MATTELART, M. **História das teorias da comunicação**. 4 ed. São Paulo: Edições Loyola, 2001. p. 131-145.

⁴ Já na década de 1970, o espanhol radicado na Colômbia, Jesus Martín-Barbero surge com seus estudos sobre as mediações dos meios de comunicação, a partir de uma perspectiva latino-americana fortemente influenciada pelos estudos de desterritorialização, principalmente a partir dos organismos internacionais e da política industrial transnacional dos Estados Unidos, e que se desenvolve juntamente com a expansão dos sistemas complexos das Tecnologias de Informação e Comunicação que exercem um papel estruturante na organização da sociedade. A partir de estudos culturais discute a intervenção entre mídia, cultura popular, tecnologia, desterritorialização e multiculturalismo. MATTELART, A.; MATTELART, M. **História das teorias da comunicação**. 4 ed. São Paulo: Edições Loyola, 2001.

A partir dessa base teórica a comunicação em saúde reconhece a natureza dialógica dos processos de comunicação e o acesso a informações sobre saúde como um direito. A comunicação passa a ser um elemento constituinte da circulação, expressão e compreensão das diferentes realidades e contexto que influenciam a saúde e suas práticas. Nesse sentido, buscam descentralizar a comunicação, reduzindo assimetrias, entre leigos e *experts*, presentes em processos comunicacionais de saúde e com isso ampliar o poder de decisão e de participação de indivíduos e grupos sobre as práticas e políticas públicas de saúde. (ROJAS-RAJS e SOTO, 2013; ARAÚJO e CARDOSO, 2007; MENDONÇA, 2014)

Considerar os diversos contextos existentes na sociedade e possibilitar a participação na construção de processos comunicacionais e neste sentido, a participação não pode estar dissociada da descentralização, pois descentralizar e compartilhar poder. Essa é uma forma ampliada de ver o papel da educação na saúde que transfere o poder individual dos *experts*, para o poder coletivo que é motor da mudança e da ação social. (FERREIRA, 2012; CASTIEL e VASCONCELLOS-SILVA, 2006).

No entanto na prática seja na concepção das políticas ou das ações, as compreensões conservadoras e inovadoras sobre a comunicação em saúde convivem no mesmo ambiente da gestão e execução da política pública de saúde. Especificamente no caso brasileiro, Araujo, Cardoso e Murtinho (2010) identificam dois cenários distintos que sustentam os conceitos e práticas de comunicação e saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde brasileiro que ao mesmo tempo apontam avanços com experiências inovadoras, também demonstram uma forte prevalência das práticas conservadoras de comunicação.

O cenário inovador e de renovação de conceitos e práticas de comunicação em saúde destacam-se no campo científico. O surgimento de novas tecnologias com possibilidades diversas de apropriação seja pela população ou instituições e o aumento das evidências de que não basta a população conhecer medidas epidemiológicas de prevenção para mudar comportamentos. Incorporação pelo setor público de abordagens e práticas inovadoras, muitas vindas do terceiro setor e relacionadas à prevenção do HIV/AIDS e que incluem a mídia como espaço de confronto de interesses. Há também a intensificação da discussão sobre o papel das mídias na produção dos sentidos sobre saúde e o crescimento da demanda por maiores espaços de fala, inclusive com a incorporação progressiva do tema

comunicação nas conferências e conselhos de saúde (ARAUJO, CARDOSO e MURTINHO, 2010).

No entanto, mesmo diante de experiências inovadoras que estão em curso no SUS, a comunicação em saúde “segue sendo vista fundamentalmente como transmissão de informações, com execução centralizada, vertical, unilateral, com pouco ou nenhum espaço de escuta” (ARAUJO, CARDOSO e MURTINHO, 2010, p. 114). Sendo que os autores apontam entre as razões para essa manutenção do modelo hegemônico: a cristalização da visão instrumental da comunicação que fornece informação e modela comportamentos; a ideia de comunicação como mercadoria; a resistência das vozes que publicamente falam sobre saúde, como governo, complexo-industrial da saúde e *expert* sem reconhecer os outros saberes sobre saúde, bem como a ênfase em estratégias para obter visibilidade midiática. (ARAUJO, CARDOSO e MURTINHO, 2010)

Na sociedade da informação cada vez mais o campo da saúde pública e da prevenção, promoção e educação em saúde sofrem os efeitos do excesso de estímulos midiáticos e do consumismo de informação sobre saúde que muitas vezes traduzem os conhecimentos científicos em prescrições de medidas comportamentais supostamente protetoras como, por exemplo, o autodiagnóstico e automedicação.

Os avanços tecnológicos da ciência do diagnóstico e da cura já foram plenamente absorvidos pelo complexo cultural contemporâneo de racionalização econômico-burocrático que, com os recursos tecnológicos atuais, sobretudo a internet, torna acessível a lares e escolas uma massa exponencialmente crescente de informações (CASTIEL e VASCONCELLOS-SILVA, 2006 p. 100)

Via meios de comunicação de massa em especial por meio do jornalismo científico que os leigos legitimam o conhecimento dos *experts*. De certa forma, profissionais de jornalismo agem como educadores que exercem, via mídia e suas rotinas profissionais de enquadramentos e agendamento da notícia, uma pedagogia que veicula informações, constrói categorias e repete narrativas, a partir de estudos científicos, sobre saúde, riscos e qualidade de vida (CASTIEL e VASCONCELLOS-SILVA, 2006).

Porém a difusão leiga de achados científicos sobre saúde padece de um descompasso de linguagem entre quem produz, veicula e recebe este conteúdo elaborado a partir de achados científicos sobre saúde (CASTIEL e VASCONCELLOS-SILVA, 2006). Por isso a importância do estudo dessas relações

e também da qualidade da informação sobre saúde na mídia, o que inclui, sobretudo, a internet.

Esse tema, de que como a mídia traduz a ciência e o conhecimento produzido por *experts* foi abordado por Renaud et al. (2006) que analisou como a mídia atua na construção de normas sociais sobre saúde e como os agentes formadores de opinião e *experts* da área, a exemplo de autoridades governamentais, profissionais da saúde, cientistas, jornalistas e celebridades, desempenham um papel importante no ciclo de vida das normas de saúde.

2.3. COMUNICAÇÃO, TIC E SAÚDE

A internet é o espaço social do nosso mundo, um lugar híbrido, construído na interface entre a experiência direta e a mediada pela comunicação e, sobretudo, pela comunicação na internet (Castells, 2011).

A segunda geração da internet, também conhecida como web 2.0, inaugurou tecnologias cuja principal característica é a interatividade entre as pessoas. Essas Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) que permitem o compartilhamento de informações em tempo real e que em sua maioria são gratuitas e exigem pouco conhecimento técnico para sua utilização, introduziram uma nova fase do processo comunicacional, os chamados objetos sociais.

Dessa forma os processos de comunicação de massa, dominados principalmente pela mídia, são subvertidos e passam a ser feitos em redes horizontais e de forma interativa (CASTELLS, 2004) pelos próprios indivíduos que produzem, recebem e enviam seus próprios conteúdos. A ampliação do acesso às TIC, como a internet e a mídias sociais, tem possibilitado novas formas de comunicação, criando assim uma nova configuração do espaço público (NICOLA, 2003), entendido como aquele espaço social constituído pela prática de comunicação entre os cidadãos em torno de temas de interesse público.

Segundo Martín-Barbero (2006), a revolução tecnológica em que vivemos introduziu em nossa sociedade, não só uma quantidade inusitada de novas máquinas, novos objetos, mas um novo modo de relação entre os processos simbólicos, constituintes da cultura e do espaço público, e as formas de produção e distribuição dos bens e serviços. Surgindo, segundo o autor, um novo modo de produzir, associado a um novo modo de comunicar e que por tanto transformou o conhecimento numa força produtiva. A mediação tecnológica da comunicação

deixou de ser meramente instrumental para tornar-se estrutural, criando novas linguagens, percepções e escritas, especialmente as que vieram com o computador e a internet.

No atual contexto social, a comunicação mediada tecnologicamente “deslocaliza os saberes”, acabando por fragilizar as fronteiras “entre razão e imaginação, saber e informação, arte e ciência” (MARTIN-BARBERO, 2006, p. 55). A mediação tecnológica do conhecimento transformou os modos de circulação do saber, que passaram a se diversificar, colocando a difusão do saber fora de seu lugar tradicional: o sistema educativo, fragmentando as formas de processar, produzir, reproduzir e distribuir as informações.

Essa tecnicidade da comunicação, materializadas nas mídias e nas redes eletrônicas, reconhece e mistura os vários saberes e diversidade nas formas de apreender, também tem atuado como mediadores da configuração das identidades e na reconstrução da esfera pública. No primeiro efeito, de mediação das identidades, produz novas figuras de cidadania, onde as identidades se constroem no diálogo e no intercâmbio a partir do que dá sentido e valor a vida do indivíduo.

Fazendo-se visíveis socialmente, pela mediação das TIC, é que ocorre a reconstrução da esfera pública, que se constitui a partir do contato privado entre interlocutores, como os usuários do *Facebook*, mas mediado por um lugar público, que é a internet. As TIC potencializam a participação cidadã— devido à profusão e heterogeneidade de comunidades, grupos, associações que passam a ter direito de ser vistos e ouvidos — ao mesmo tempo acabam por “despotencializar” a centralidade comunicativa na esfera pública da maioria das instituições (MARTIN-BARBERO, 2006).

A característica das TIC de viabilizar e potencializar uma comunicação em redes horizontais e de forma interativa provocou mudanças na formação de redes sociais, já que por meio da tecnologia ficou mais fácil agregar indivíduos com interesses, experiências ou causas em comum, mas que estão territorialmente distantes. É importante diferenciar as redes sociais dos sites que as suportam, chamados de sites de redes sociais ou mídias sociais. Estes sites não são as redes, porém permitem gerar ambientes midiáticos de integração, produção de conteúdos e visualização dos atores sociais e de suas redes. (RECUERO, 2102; 2010).

Esse uso crescente das TIC por seus emissores e receptores, também estimulou o conceito do modelo de comunicação Todos-Todos proposto por

Mendonça (2009), o qual serviria as redes sociais. Pelo modelo os integrantes do processo de comunicação exerceriam duas identidades: o mesmo agente informante também seria comunicador, receptor e mediador (MENDONÇA, 2014). Neste modelo os indivíduos e comunidades têm na web um espaço midiático de integração, produção de conteúdos e visualização dos atores. O conhecimento Todos-Todos apresenta que as novas tecnologias da informação são consideradas em função da comunicação bidirecional entre grupos e indivíduos, diferenciando-se da difusão centralizada da informação.

No modelo que descreve o processo comunicacional Todos-Todos o qual constitui-se com entradas e saídas sempre abertas aos contextos de cada participante do processo, bem como as influências exercidas pelos emissores e receptores, que além de exercerem as duas funções agem como filtros naturais do processo de elaboração das mensagens, mas são livres para que “sofram” interferências e ruídos (MENDONÇA, 2009). Essa função foi destacada por Ferreira (2012) em estudo que aplicou o modelo Todos-Todos para análise das práticas de comunicação para promoção de saúde desenvolvidas por agentes comunitários de saúde. Identificando que estes agentes, mesmo sem possuírem conhecimento formal das teorias e técnicas de comunicação, desenvolvem ações de mediação, desse conhecimento em benefício de indivíduos, famílias e/ou comunidades que atendem, sendo um elo qualificado entre o serviço de saúde e a população.

Essa tecnicidade da comunicação que reconstrói a esfera pública, também atribui a redes digitais um poder de superação das tradicionais formas de representação social e política, como os partidos, sindicatos, etc, fazendo crer que “o indivíduo pode comunicar-se prescindindo de toda mediação social, além de aumentar a desconfiança de qualquer delegação e representação” (MARTIN-BARBERO, 2006, p. 69).

Por outro lado, esse fenômeno produz uma enganosa idealização de uma democracia direta via TIC, já que as tecnologias não são neutras e, principalmente, na sociedade em rede, “elas se constituem em grupos de condensação e interação dos interesses econômicos e políticos com mediações sociais e conflitos simbólicos” (MARTIN-BARBERO, 2006, p. 70).

Já para Orozco Gómez (2006), em diálogo com Martín-Barbero (2006), a nova centralidade do midiático na sociedade não se deve ao potencial tecnológico, que surgiu com a internet e outras TIC, mas a crescente e gradativa presença das

mídias e tecnologias nascidas com a modernidade. Segundo ele a ideia da superação tecnologia é reducionista, pois o surgimento de novas formas e tecnologias de comunicação não superam ou substituem totalmente as anteriores. Os meios, velhos e novos coexistem, relacionando-se na construção de ecossistemas comunicativos cada vez mais complexos (OROZCO GÓMEZ, 2006).

Essa superposição de temporalidades das tecnologias e dos meios de comunicação culmina numa cultura de colagem, feita de elementos e formas de comunicação das diversas épocas, provocando interações, adaptações e fusões do uso dessas tecnologias pelos atores sociais, que transitam de um meio ao outro de uma tecnologia a outra (OROZCO GÓMEZ, 2006). Porém essa mudança não ocorre apenas no campo instrumental da comunicação, gera também mudanças nas práticas sociais, o que inclui a socialidade (OROZCO GÓMEZ, 2006; MARTIN-BARBERO, 2006), entendida como o conjunto de negociações feitas pelos atores sociais no processo comunicativo e de gestão de significados a partir de habilidades comunicativas de cada ator e circunstâncias de produção da comunicação (OROZCO GOMES, 2006).

Assim essas mudanças tecnológicas da comunicação que afetam a esfera pública, também afetam a socialidade, mesmo porque é por meio dessa última que se dá o processo de participação dos atores sociais na esfera pública. O que resulta em uma dependência crescente das tecnologias na vida cotidiana, principalmente as digitais e midiáticas.

No entanto, essa ampliação e diversificação das possibilidades de tecnologias de mediação - que aparentemente são acessadas a partir da escolha dos atores sociais diante das necessidades comunicativas de atuação no espaço público - estabelece um paradoxo: quanto mais se amplia o leque de opções de TIC, as outras camadas mais profundas não vinculadas ao desenvolvimento humano, mas vinculadas a razões econômicas e de mercado, ganham mais centralidade. São estes interesses, os quais determinam esses avanços e impõe aos atores sociais exercerem sua liberdade interativa se conectando a mídias e infra-estruturas de redes digitais de forma assimétrica, já que eles não as administram, muito menos as controlam ou criam (OROZCO GÓMEZ, 2006).

A mediação informacional (digital) baseia-se na interatividade que parece diluir as fronteiras entre produtores e consumidores do conhecimento ao oferecer a sensação de serem não só receptores, como também emissores do conhecimento construído [...] Será que a nova tecnologia de fato nos

permitirá modificar substancialmente as condições de produção do conhecimento [...] ou só facultará certas categorias de liberdade e criatividade, mas sempre enquadradas em condições que não foram nem de nossa produção nem de nossa escolha (OROZCO GÓMEZ, 2006, p. 91).

Mesmo entre as possibilidades de democratização da produção de conteúdos versus a centralidade do mercado transnacional de mídias digitais, a visibilidade pública proporcionada pela mídia aparece como valor, muito disputado pelos atores sociais, sejam eles indivíduos, grupos ou instituições. A mídia é capaz de conectar discursos e eleger os temas que estarão na ordem do dia das discussões na esfera pública. Sendo a imprensa uma das principais arenas do embate discursivo travado entre os atores sociais na busca de espaço e de poder simbólico na esfera pública. No entanto o espaço público vem sofrendo um novo deslocamento. Ancorado pelas TICs, o debate e circulação de opiniões próprias dos espaços públicos tradicionais tem cada vez mais sido travados nos espaços do mundo virtual (LIEDTKE, 2006).

Esta disputa simbólica por orientar e até determinar a agenda da opinião pública se dá, principalmente entre a mídia, o estado, os políticos e as instituições (LIEDTKE, 2006). Esses embates discursivos do campo simbólico podem influenciar distintas etapas do processo de construção de significados sobre políticas públicas. Uma vez que as políticas públicas são propostas com base em discursos aceitos como mais legítimos que outros. Quem consegue fazer valer o seu modo de perceber e analisar a sociedade tem mais poder, porque interfere sobre a definição de prioridades e distribuição de recursos para o campo social (ARAÚJO, 2002).

Isso tem impacto no processo de divulgação das ações governamentais e no debate sobre a política pública. As instituições governamentais perceberam nas mídias sociais a possibilidade de uma comunicação direta com o cidadão, tendo assim uma alternativa a comunicação pautada pela mídia e seus enquadramentos, agendamentos e influências sobre a opinião pública.

Por outro lado, a inserção das instituições governamentais nas mídias sociais também deu a possibilidade do cidadão expressar suas opiniões e questionar diretamente o responsável pela política pública. Mesmo que ainda em uma dimensão restrita aos que possuem acesso as mídias sociais, a presença de um canal oficial governamental nas mídias sociais, facilitou a percepção da capacidade do agente de reconhecer-se como participante social de elaborar uma posição própria em relação à política pública.

Sabendo que a participação dos usuários agrega valor à informação (RECUERO, 2102; 2010), muitos desses sistemas são projetados para incentivar a participação, como é o caso do *Facebook*. Essa arquitetura de participação (O'REILLY, 2007) é central para essas tecnologias concebidas com base nos efeitos da comunicação em rede. O potencial de colaboração que está por trás do uso de tecnologias de rede digitais está na atribuição de um valor para o processo de intercâmbio social e construção coletiva do conhecimento a partir da produção e compartilhamento de conteúdos entre as pessoas (O'REILLY, 2007).

A cultura participativa (JENKINS, 2009) é destacada como um componente constituinte do conceito de convergência midiática, que tem na internet sua maior expressão. A convergência não deve ser compreendida somente como um processo tecnológico que une múltiplas funções dentro dos mesmos aparelhos e permite fluxo de conteúdos através de múltiplos suportes midiáticos, mas também como uma transformação cultural. Por meio da convergência os atores sociais são incentivados a procurar novas informações e fazer conexões em meio a conteúdos midiáticos dispersos e transformam esses conteúdos em recursos de expressão e compreensão da vida cotidiana (JENKINS, 2009).

2.3.1. @Saúde

Assim como em vários setores da sociedade, a utilização das TIC também gerou reflexos importantes para a área da saúde, resultando em usos pessoais, acadêmicos e institucionais mais diversos, sejam para melhorar o acesso a serviços de saúde ou qualidade do atendimento e para dar maior precisão no diagnóstico e tratamento. De forma mais ampla o uso das TIC na saúde representa não só mudanças no contexto das práticas de atenção à saúde e na gestão dos estabelecimentos, mas também nas políticas de saúde pública, na compreensão dos fatores determinantes da saúde e na gestão da informação, entre outras possibilidades (VIEIRA, 2014. p 32).

De acordo com estudo divulgado pela Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (Cepal), embora tenha havido um crescimento de iniciativas públicas e privadas de uso das TIC no setor saúde entre os países da América Latina e do Caribe, há ainda há uma defasagem de infraestrutura se comparada com

países da América do Norte e Europa, bem como de planos e políticas estratégicas por parte dos governos (FERNANDEZ E OUVIEDO, 2011).

Entre os países Sul-Americanos, no caso do peruano destaca-se o uso da telefonia móvel para o desenvolvimento de ações de saúde. Essas iniciativas, classificadas como MHealth (*mobile health*), a maioria desenvolvidas por universidades e organizações não-governamentais, concentram-se em aplicativos baseados na web e na tecnologia móvel voltados principalmente para monitoramento do tratamento de pessoas que vivem com HIV/AIDS, entre outras. No entanto, apesar dessas e outra iniciativas, os estudos destacam que os sistemas de informação em saúde do Peru são fragmentados e não integrados, sendo necessários maiores investimentos em infraestrutura e treinamento, bem como planejamento governamental para desenvolver e integrar as TIC e as políticas de saúde (FERNANDEZ E OUVIEDO, 2011).

O Brasil também tem registrado nos últimos anos diversas iniciativas nessa área, porém demonstram um maior envolvimento e direcionamento por parte do governo, com destaque para adesão do Ministério da Saúde ao Programa de Governo Eletrônico Brasileiro, criação do Cadastro Eletrônico Nacional para usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Programa Telesaúde Brasil. Por outro lado, o país também apresenta problemas na infraestrutura, porém de forma concentrada. (RONCHI e SENNE, 2014).

Segundo pesquisa brasileira sobre o uso das TIC na saúde, o acesso a computadores e a internet é quase universal nos estabelecimentos de maior complexidade, porém há um déficit de acesso nos estabelecimentos de atenção básica, sendo que 20% deles não estão conectados à Internet e 14% não utilizam. Há diferenças também entre o setor público e o privado. A proporção de utilização da Internet nos estabelecimentos de saúde privados é de 99%, enquanto que nos públicos é de 80% (COMITÊ GESTOR DA INTERNET, 2014).

Especificamente os *softwares* baseados em arquitetura de participação, como as mídias sociais, abrem diversas possibilidades de construção coletiva de conhecimento sobre saúde e, conseqüentemente de maior efetividade das ações de promoção da saúde, já que partindo do pressuposto que a “promoção da saúde ocorreria no âmbito da comunicação” (CORCORAN, 2011, p. 149), quanto mais dialógica a comunicação mais efetiva seria a ação de promoção da saúde, pois partiria de um conhecimento construído coletivamente a partir dos contextos e

conceitos dos indivíduos e grupos do que é saúde, do que a promove ou do que a põe em risco.

Outro aspecto das TIC na saúde, em especial a internet e as mídias sociais, ao mesmo tempo que reforçam alguns processos já consolidados de difusão de conhecimento sobre saúde, de enquadramentos e agendamentos midiáticos próprios do jornalismo e dos meios de comunicação de massa, elas também abrem uma nova fronteira de interação e participação que favorecem a circulação de conteúdo e ampliem as vozes que falam sobre saúde no atual espaço público midiático, sejam elas as já tradicionais - cientistas, profissionais de saúde, governos, organismos internacionais e complexo médico-industrial - ou as emergentes - dos consumidores, grupos organizados de pacientes, usuários dos sistemas de saúde e das medicinas tradicionais.

Por outro lado, como destacado por Castiel e Vasconcellos-Silva (2006) na relação entre as Tecnologias de Comunicação e Informação e Promoção da Saúde, a primeira surge como meio e a outra como fim. Como introdução a questão dessa ordem, os autores indagam qual pertinência e as implicações da interface entre os meios eletrônicos de comunicação e a saúde.

Um deles seria o da cultura do consumo de informação. Num universo virtual que potencialmente pode fornecer múltiplas informações, das mais variadas fontes, mas também dados ambíguos e até mesmo equivocados, já que estas informações veiculadas via mídias sociais, partem de várias visões de mundo e distintos interesses, as doenças podem ter múltiplas significações. Assim a ausência de síntese nesse campo se deve principalmente a uma questão da cultura contemporânea de tentar situar precariamente a definição de saúde a partir do conceito de doença (CASTIEL e VASCONCELLOS-SILVA, 2006).

Assim a saúde na era da sociedade de informação nos conduz, a partir de uma visão do senso comum, que a abundância da boa informação conduz a melhores decisões. É por isso o grande interesse da saúde na internet, vista como um “manancial de inesgotável de conhecimento” acaba por provocar “o mito das informações virtuosas” (CASTIEL e VASCONCELLOS-SILVA, 2006).

2.3.2. Mídias sociais e a promoção da saúde: o que dizem as evidências?

O aumento considerável de usuários aliado à cultura participativa e às funcionalidades interativas das mídias sociais, tem feito com que muitas ações relacionadas com a saúde passem a ser realizadas nessas mídias. As potencialidades dos sites de redes sociais para promoção da saúde se mostram principalmente em termos do alcance de audiência e funções interativas que podem ser exploradas para divulgação e mobilização em torno de ações de promoção da saúde. (GOLD et al., 2011; KORDA e ITANI, 2013).

As possibilidades das mídias sociais para saúde foi objeto de revisão sistemática de Chou et al. (2013) que identificou 514 estudos publicados em língua inglesa que abordavam o impacto da Web 2.0 sobre a saúde. Este estudo concluiu que as mídias sociais podem ampliar o alcance das mensagens de saúde para um público mais vasto, com destaque para a possibilidade de métodos e abordagens inovadoras para avaliação da divulgação, exposição, engajamento e eficácia de mensagens sobre saúde nessas mídias.

Já estudo de Korda e Itani (2013), que também buscou resumir evidências sobre o uso de mídias sociais para promoção da saúde, mostrou que as comunicações *on-line* são eficazes em melhorar o conhecimento e a compreensão de temas específicos de saúde. Bem como destacou que personalizar as mensagens de acordo com as características do usuário, preferências de informação e formato da mídia social pode ajudar a sustentar a participação dos usuários em ações de promoção da saúde nessas mídias. O estudo também identificou uma multiplicidade de abordagens nas pesquisas sobre Internet, promoção da saúde e mudança de comportamento, com destaque para as áreas de psicologia, biblioteconomia e ciências da informação, comunicações em saúde e educação.

Especificamente no campo da promoção da saúde sexual, a revisão sistemática de Gold et al. (2012), analisou 178 atividades realizadas em mídias sociais, identificou que o uso dos sites de redes sociais para a promoção da saúde sexual não é generalizada, mais que prevalecem as ações no *Facebook*, *Twitter* e *Myspace*. A maioria das atividades é proveniente dos Estados Unidos, grande parte destinada ao público jovem e tinha como objetivo principal marcar a presença das organizações ou programas nas redes. Sendo que realizar uma campanha ou intervenção através da mídia social ocupou o segundo lugar entre os objetivos identificados para usar essa mídia. Além disso, a maior parte das ações era

direcionada para saúde sexual de forma geral (57%) ou para HIV (25%). (GOLD et al., 2011).

O Estudo também mapeou as instituições responsáveis pelas ações nessas mídias. Das 178 atividades de promoção da saúde identificadas, pouco menos da metade foi realizada por organizações sem fins lucrativos (43%), seguido por departamentos ou agências governamentais (16%) (GOLD et al., 2011).

Já a busca realizada para esta pesquisa, na Bireme e no SciELO, de artigos publicados em inglês, português e espanhol, a partir dos termos “Internet” ou “Facebook” e “AIDS” ou “HIV”, identificou 31 artigos que abordavam o uso de mídias sociais para promoção de ações de comunicação e educação para prevenção ou tratamento de AIDS. Sendo que deste total, apenas seis artigos eram de produção latino-americana, sendo dois peruanos e quatro brasileiros, o restante tinha origem nos Estados Unidos, Inglaterra e Austrália. Confirmando evidência apontada por Gold et al. (2011) de que os estudos nessa área ainda se concentram nos países desenvolvidos da América do Norte e Europa e na língua inglesa.

Entre os artigos sobre mídias sociais e HIV/AIDS prevaleceram os estudos empíricos do tipo coorte transversal, randomizado controlado e de regressão logística multivariada, porém também apareceram estudos qualitativos que utilizaram a análise de redes sociais e análise de conteúdo. Do total de estudos identificados, a maior parte (n=11) avaliou o uso das mídias sociais para o recrutamento de sujeitos de pesquisa. Em segundo lugar (n=9) ficaram os estudos sobre o uso de mídias sociais para divulgação de informações sobre prevenção e promoção da saúde.

O restante dos estudos analisou as comunidades virtuais de pessoas que vivem com HIV ou de grupos específicos, principalmente de homens que fazem sexo com homens. Com destaque para estudo de avaliação da eficácia de ações de educação preventiva ou mobilização para realização de testagem HIV promovidas por “líderes de opinião” no *Facebook* e em outros sites de redes sociais, como *Myspace*.

De forma geral, os estudos de revisão identificados destacaram que, apesar do aumento de ações de saúde realizadas nessas mídias e do crescimento das pesquisas sobre o tema, falta as organizações de saúde aproveitar melhor o caráter participativo dessas mídias, utilizando suas potencialidades para estabelecer diálogos interativos sobre saúde com seus públicos e com isso promover o

engajamento nas ações de saúde (KORDA e ITANI, 2013; CHOU et al, 2013; NEIGER et. al, 2013).

Além disso, apesar de grande parte dos estudos publicados sobre o tema utilizarem de métodos tradicionais de investigação do campo da saúde, como ensaios clínicos randomizados, estudos de coorte e meta análise, ainda falta consenso sobre a forma de avaliar tanto as ações de promoção da saúde realizadas em mídias sociais como também seus resultados (KORDA e ITANI, 2013; CHOU et al, 2013; NEIGER et. al, 2013), já que esses métodos considerados “padrão ouro” na área de saúde, ainda se mostram pouco eficazes, quando empregados para análise de ambientes de comunicação em constante evolução, como o caso das mídias sociais (CHOU et al, 2013). Por isso, sugerem não limitar as investigações as referências da área de saúde pública, mas buscar avaliar as ações a partir de outras disciplinas como Ciência da Informação, Sociologia, Comunicação e Educação (GOLD et. al. 2011; KORDA e ITANI, 2013; NEIGER et. al, 2013; HELDMAN, SCHINDELAR e WEAVER, 2013).

3. METODOLOGIA

Este é um estudo sobre o uso do *Facebook* para divulgação de conteúdos pelos Ministérios da Saúde de países sul-americanos, que analisou os casos do Brasil e do Peru. Trata-se de um estudo de caso do tipo descritivo e interpretativo, que segundo definição de Stake (1988 apud COUTINHO e CHAVES, 2007) o caráter descritivo do estudo de caso se dá pela observação detalhada do fenômeno de estudo. Enquanto o interpretativo serve para construir categorias conceituais. Assim para alcançar o objetivo geral de analisar os conteúdos promotores de saúde divulgados nessa mídia social, buscou-se: a) compreender o conceito relacionado à comunicação promotora de saúde a partir da revisão da literatura sobre promoção e comunicação em saúde; b) identificar práticas de comunicação utilizadas para divulgação de conteúdo sobre AIDS nessa mídia social, a partir da observação participante da página do *Facebook* dos Ministérios da Saúde do Brasil, Chile, Colômbia, Peru e Venezuela; c) identificar conteúdos promotores de saúde, a partir da análise de conteúdo das publicações referentes à campanha do Dia Mundial de Luta contra AIDS publicados na página do *Facebook* dos Ministérios da Saúde do Brasil, Chile, Colômbia, Peru e Venezuela.

A opção pelo estudo de caso como a estratégia de investigação empírica mais adequada quando queremos saber o “como” e o “por que” de acontecimentos contemporâneos ou na pesquisa exploratória de fenômenos pouco investigados, exigindo um estudo aprofundado de poucos casos, que leve à identificação de categorias de observação ou à geração de hipóteses (MINAYO, 2006; COUTINHO e CHAVES, 2013; ALVES-MAZZOTTI, 2006).

Esta pesquisa está inserida em um estudo qualitativo de múltiplos casos onde cada país ou experiências específicas dentro dos países constituirão unidades de análise. A justificativa pela opção do tipo de estudo está ancorada na abordagem de Yin (2001), que considera que o mesmo estudo pode conter mais de um caso único e o conjunto dos casos constituir-se-á em um projeto de casos múltiplos. No presente estudo, como se trata de um fenômeno complexo, cada caso único pode envolver mais de uma unidade de análise.

Apesar de não ter um roteiro rígido é possível definir fases para o delineamento do estudo de caso. Esta pesquisa foi conduzida observando as fases

propostas por Ventura (2007): delimitação das unidades-caso, coleta de dados e seleção, análise e interpretação dos dados.

Tanto para fase exploratória de seleção dos casos, quanto na fase de coleta de dados, foi utilizada como técnica de pesquisa a observação e o diário de campo, tendo como base aspectos de etnografia virtual, método de pesquisa com inspirações etnográficas transposto para estudos sobre a internet.

Apesar de controverso para alguns autores (NOVELLI, 2010), a etnografia virtual tem sido utilizada para análise de comunidades e redes sociais online, como também de mídias sociais (AMARAL et al., 2009; NOVELLI, 2010; AMARAL, NATAL e VIANA, 2008).

Fragoso, Recuero e Amaral (2011) destacam a adaptabilidade do método etnográfico voltado para internet, inscrito no âmbito dos procedimentos metodológicos empíricos das várias disciplinas que adotam o contexto da pesquisa qualitativa. Servindo tanto como método quanto técnica, a etnografia virtual pode ser utilizada de forma independente ou de forma combinada com outros aparatos teórico-metodológicos tais como o estudo de caso e a análise de conteúdo.

É importante ressaltar que o foco desta pesquisa não foi realizar um estudo etnográfico, porém seus conceitos serviram de guia para as observações no campo virtual. Assim como na etnografia tradicional, a etnografia virtual destaca a importância de definir o grau de inserção do pesquisador em uma comunidade virtual e sua interação com os participantes dessa rede. Neste estudo a observação no campo se deu de forma participante, mas sem interação. A pesquisadora passou a fazer parte da rede de fãs das páginas do *Facebook* dos casos estudados. Com isso teve acesso aos conteúdos publicados, porém sem realizar qualquer tipo de interação seja com os conteúdos (curtir, compartilhar e comentar), seja com os gestores da página ou outros membros da rede.

Além disso, a etnografia ressalta a necessidade do pesquisador deixar claro sob qual perspectiva será observada o seu objeto. Assim esse estudo de caso do uso do *Facebook* por instituições governamentais da área de saúde parte da compreensão da internet enquanto artefato cultural, possuidora de diversos significados culturais em diferentes contextos de uso, a partir de sua inserção na vida cotidiana. Assim a internet é vista não como um objeto único, mas sim multifacetado e passível de apropriações. “Uma tecnologia midiática que gera práticas sociais” (RECUERO, AMARAL E MOTARDO, 2011) e “meio de expressões

múltiplas, com diversidade de informações, de fontes, de modelos de interação, de canais de expressão e de emissores”(DRUETTA, 2009, p.48).

Essa abordagem utilizada principalmente nas investigações empíricas qualitativas que usam a etnografia virtual como método, serve tanto ao estudo das redes sociais na internet quanto aos sites que abrigam essas redes, como o *Facebook*, já que possibilita observar os atores sociais e suas práticas no mundo virtual (*on-line*) e também nas relações entre o *on-line* e o mundo real (*off-line*) (RECUERO, AMARAL e MOTARDO, 2011; RECUERO 2010).

A partir da observação participante guiada pelos preceitos da etnografia virtual e da análise quali quantitativa dos dados coletados no campo, pode-se alcançar um dos objetivos específicos desse estudo, o de identificar as práticas de comunicação utilizadas na divulgação de conteúdos no *Facebook* dos casos estudados.

Após essa fase, passou-se para identificação dos conteúdos promotores de saúde nas mensagens publicadas no *Facebook* dos casos estudados. De abordagem qualitativa esta fase da pesquisa utilizou o método de análise de conteúdo de Bardin (2009) e foi precedida por uma outra, de revisão bibliográfica, a fim de entender o conceito aplicado a conteúdos promotores de saúde. Após esta fase de contextualização, foi possível construir categorias analíticas dedutivas, a partir das abordagens sobre o tema “promoção da saúde e AIDS” e “comunicação em saúde” identificadas na literatura.

3.1. SELEÇÃO DOS CASOS

Quando tratamos de pesquisa qualitativa, as atividades que compõem a fase exploratória, além de antecederem à construção do projeto, também a sucedem. Muitas vezes é necessária uma aproximação maior com o campo de observação para melhor delinear os instrumentos de investigação e o grupo de pesquisa (MINAYO, 2004, p.31).

A primeira fase do estudo, de caráter exploratório, se deu no período de 19 de novembro a 19 de dezembro de 2013, com a coleta das publicações sobre o Dia Mundial de Luta contra AIDS, comemorado no dia 1º de dezembro e publicadas na página do *Facebook* dos Ministérios da Saúde do Brasil, Chile, Colômbia e Peru, e que fossem de autoria própria. Além de proporcionar maior familiaridade com o problema e com o objeto de estudo, esta fase teve por objetivo delimitar as unidades que constituirão os casos estudados.

A opção em eleger o *Facebook* como campo virtual se deu de forma intencional, porém levando em consideração a sua popularidade e convergência midiática. O *Facebook* é a mídia social que reúne o maior número de internautas em todo mundo com 1,23 bilhão de usuários ativos em 2013 (FACEBOOK, 2013). Além disso, é uma mídia social que permite a publicação e compartilhamento de mensagens e informações em formatos diversos, possibilitando a variabilidade de conteúdos e a convergência entre mídias.

Já o recorte na campanha do Dia Mundial de Luta Contra AIDS se deu em razão da necessidade de se eleger um marco de ação comum, período e assunto coincidentes, para divulgação de conteúdos pelos Ministérios da Saúde dos casos estudados, o que permitiria a comparação. O monitoramento se iniciou no dia 19 de novembro data da primeira publicação da campanha do Ministério da Saúde do Peru (Minsa).

Os países incluídos na fase exploratória da pesquisa foram escolhidos por serem sul-americanos e estarem no escopo de países pesquisados pela fase II do Projeto “Da política institucional aos processos do cuidar: estudos comparados sobre as práticas de promoção da saúde nas equipes da estratégia saúde da família no Brasil e seus similares em outros países”. Pesquisa desenvolvida pelo Núcleo de Estudos em Saúde Pública da Universidade de Brasília, com financiamento do Ministério da Saúde, que tem entre seus objetivos sistematizar e analisar as práticas de comunicação e promoção da saúde desenvolvidas no Brasil e em outros 15 países.

Cabe destacar que a Venezuela também faz parte do escopo da Fase II dos Estudos Comparados, mas foi excluída por não possuir a mesma configuração de conta no *Facebook* dos demais casos. Para esta pesquisa foram consideradas apenas a configuração de conta no *Facebook* do tipo “página”.

De acordo com a Política de Uso de Dados e de Termos de Páginas do *Facebook*, todo usuário que se cadastra nesse site de rede social pode ter uma conta com até dois tipos de configuração, sendo que cada uma tem interações e políticas de privacidade e de uso de dados distintas (Facebook, 2013). A configuração do tipo linha do tempo ou perfil adotada pelo Ministério da Saúde da Venezuela, serve para uso individual e não comercial, já que há várias restrições de acesso aos conteúdos publicados.

Já a configuração do tipo página, observada nos demais casos investigados, é voltada para organizações, empresas, celebridades e marcas e seus conteúdos são considerados públicos, permitindo que os usuários do *Facebook* acessem as publicações sem restrições (FACEBOOK, 2014). A configuração de conta do tipo páginas também só pode ser gerenciada por representantes oficiais da marca, entidade ou figura pública (FACEBOOK, 2013).

Para garantir a autenticidade de perfis e páginas de marcas, instituições governamentais, empresas e celebridades com grande número de seguidores, o *Facebook* passou a atestar essa identidade incluindo ícone de verificação. Dos países selecionados para este estudo, nas páginas dos Ministérios da Saúde do Brasil e do Chile constava este ícone de verificação. Já no caso do Peru e da Colômbia a autenticidade foi verificada a partir da conferência do endereço da página do *Facebook* disponível nos sítio de cada ministério.

A fase exploratória teve por objetivo identificar os casos típicos para proceder nova coleta. Foram considerados casos típicos, as páginas do *Facebook* que tivessem maior frequência de publicações (Figura 1), possibilitando a identificação de variáveis potencialmente relevantes. A partir desse critério foram excluídas as páginas do *Facebook* do Chile e da Colômbia.

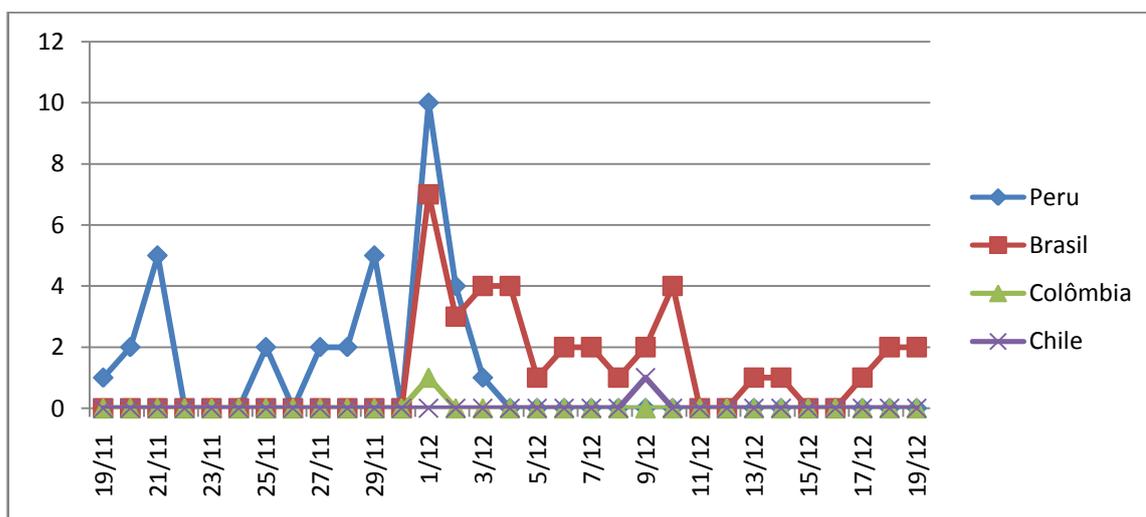


Figura 1. Frequência de publicações sobre o Dia Mundial de Luta Contra AIDS nas páginas do *Facebook* dos Ministérios da Saúde do Peru, Brasil, Colômbia e Chile, no período de 19 de novembro a 19 de dezembro de 2013.

Entre os quatro Ministérios da Saúde dos países monitorados durante a fase exploratória, o do Peru e do Brasil foram os que apresentaram maior frequência de

mensagens publicadas sobre o Dia Mundial de Luta contra AIDS em suas páginas do *Facebook*, com 35 e 38 publicações, respectivamente. Já a Colômbia e o Chile tiveram apenas uma publicação sobre o Dia Mundial de Luta contra AIDS identificadas em suas páginas no *Facebook*. No caso colombiano a mensagem publicada no dia 1º de dezembro de 2013 era um vídeo sobre os mitos e verdades do HIV que trazia o lema da campanha daquele país “*El lema: Cuidar de mí, es cuidar de tí*”. O Ministério da Saúde do Chile publicou no dia 9 de dezembro de 2013 em sua página do *Facebook* um vídeo sobre a realização do teste de HIV intitulado “*Lo único mortal del VIH es no saber que lo tienes. Hazte el examen a tiempo*”, com o depoimento do apresentador e ator da televisão chilena.

3.2. COLETA DE DADOS

A segunda fase de coleta, agora apenas dos casos típicos, Brasil e Peru, ocorreu de 19 de dezembro de 2013 a 13 de fevereiro de 2014 (figura 2). O critério para delimitação desse período de coleta se deu pela exaustividade (BARDIN, 2009), quando não foram mais identificadas publicações referentes à campanha nas páginas do *Facebook* dos países estudados.

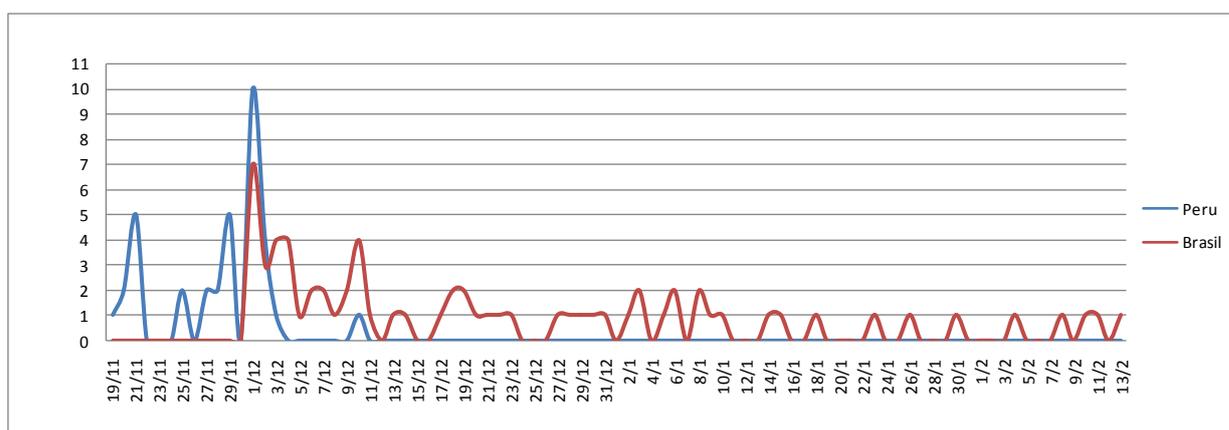


Figura 2. Frequência de publicações sobre o Dia Mundial de Luta Contra AIDS nas páginas do *Facebook* dos Ministérios da Saúde do Peru e do Brasil, no período de 19 de novembro de 2013 a 13 de fevereiro de 2014.

É importante destacar que pela dinâmica, linguagem e estratégias de marketing do próprio *Facebook* há limitações na coleta das mensagens publicadas pelos casos estudados. Com o advento da web semântica, diversos métodos de classificação de conteúdos, baseado na navegação e nos temas de busca dos

usuários são utilizados pelo *Facebook*. Assim as pesquisas realizadas nessa plataforma não são replicáveis, porque os algoritmos de conteúdo e a forma de busca on-line estão mudando constantemente.

Existem algoritmos capazes de personalizar a exibição de conteúdo para cada usuário a partir de critérios de relevância, como: as páginas ou perfis que indivíduo mais acessa, dos tipos e conteúdos que o usuário mais interage (mais curtidas, comentários) e temporalidade. Além disso, alguns tipos de publicações têm mais peso que outras. Postagens com fotos e vídeos têm maior relevância do que as que exibem somente texto (FACEBOOK, 2013).

Os algoritmos também são usados como ferramentas de negócios, pois para as contas do tipo página, o *Facebook* oferece serviços pagos que melhoram a exibição do conteúdo publicado. Além de anúncios publicitários, os administradores de páginas no *Facebook* podem pagar para “impulsionar” suas publicações e com isso ganham prioridade para exibição de determinada publicação na página de notícias de seus fãs. Por tudo isso, mesmo que durante tenha-se buscado configurar as páginas dos casos estudados para exibição de todo conteúdo, além de monitorar diariamente as publicações e feito pesquisas por palavras chave no próprio sistema de busca do *Facebook* e também no *Google*, há a possibilidade que nem todas as mensagens publicadas pelos Ministérios da Saúde dos casos estudados tenham sido exibidas para conta/perfil usada por esta pesquisa no *Facebook*.

Nessa fase a técnica utilizada para coleta de dados foi também a observação participante. Como destaca Minayo (2004), a atividade de observação permite ao pesquisador perceber aspectos que vão surgindo aos poucos do campo e por tanto, não ficam presos a instrumentos rígidos de coletas de dados ou a hipóteses testadas previamente. Assim nesta segunda fase, refinou-se o instrumento de coleta de dados usado na fase exploratória, buscando coletar dados que ajudassem a perceber de que forma os Ministérios da Saúde se apropriavam do *Facebook* para divulgar suas mensagens.

Dessa forma além da data, do link e do texto (falado ou escrito) de cada publicação, incluiu-se: a) autoria da publicação (original ou de terceiros); b) formatos presentes nas publicações (foto, vídeo, áudio ou texto); c) endereço de hiperlinks presentes na mensagem; d) tipos e quantidade de interações por publicação: curtida, compartilhamentos e comentários. Cabe destacar que nesta pesquisa não

foram coletados os conteúdos dos comentários, uma vez que este tipo de análise não é objetivo dessa pesquisa.

3.3. SELEÇÃO, ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Na primeira fase de análise elaborou-se indicadores com base nos conceitos de participação e interatividade (JENKINS, 2009) incluídos entre os conceitos estruturantes da Web 2.0 e por tanto, diferenciam as mídias sociais, das outras mídias, consideradas tradicionais. Esses indicadores foram aplicados às 105 mensagens referentes à campanha do Dia Mundial de Luta Contra AIDS, sendo 37 do Peru e 68 do Brasil, resultando em um quadro analítico que serviu para medir o nível de inserção dos Ministérios da Saúde no *Facebook* a partir da presença (código=1) ou ausência (código=0) dos indicadores elencados (quadro 1).

Quadro 1. Quadro analítico do nível de inserção dos Ministérios da Saúde do Brasil e do Peru no *Facebook*

	CATEGORIAS	B rasil	Per u
Nível básico	CONTEÚDO		
	Conteúdo publicitário (gênero)	1	1
	Conteúdo jornalístico (gênero)	1	1
	Hiperlinks - fontes próprias	1	1
	Hiperlinks - outra fontes	1	1
Nível médio	INTERAÇÃO E PARTICIPAÇÃO		
	Resposta ao usuário	1	0
	Conteúdo interativo	1	0
	Existência de política de moderação	1	0
	Incentivo ao compartilhamento de conteúdos	1	0
	Incentivo à produção de conteúdos	1	0
	Compartilhamento de conteúdo gerado por usuários	0	0
Nível alto	ENGAJAMENTO		
	Mensagens de incentivo para participar de evento de promoção da saúde	0	1
	Oferecimento de serviço ou de programa de promoção da saúde	0	1
	Incentivo para parceria em programa de promoção da saúde	0	0

Fonte: Adaptado de Neiger et al. (2012) com dados da pesquisa

Segundo Neiger et al. (2012) existiriam três níveis de inserção de uma organização na mídia social: baixo, médio e alto. Essa inserção seria medida com base no nível de utilização das potencialidades das mídias sociais. O nível de baixa inserção em mídia social está relacionado com estágios iniciais de presença, ou seja, mede as ações da organização para promover a si mesma nas mídias sociais.

Já a inserção média refere-se a presença de mensagens dialógicas (organização – público) a partir de variáveis como o tipo de interações do público com as publicações e a frequência e tempo hábil de respostas a questões de usuários postadas na mídia social.

Já o objetivo da comunicação considerada de alto nível de engajamento é transformar os membros da audiência em participantes ou parceiros do programa de promoção da saúde. Por exemplo, promovendo e incentivando a participar de eventos patrocinados pela instituição ou fazendo com que os indivíduos aproveitem os serviços oferecidos pela organização. Embora como destacado por Neiger et al. (2013), a presença de mensagens que incentivem a audiência a participar do programa de promoção da saúde não sirvam para comprovar o engajamento do público com a ação, já que este só poderia ser estimado por meio de métodos de avaliação do programa de promoção da saúde, variáveis que não poderiam ser medidas apenas pela observação das práticas das instituições nas mídias sociais. Nesta análise consideramos como nível alto a presença de mensagens que incentivavam diretamente ao engajamento *off-line* em programas ou eventos de saúde.

Cabe destacar que para este estudo partiu-se do pressuposto que Ministério da Saúde do Brasil e do Peru já possuem um nível inicial de inserção no *Facebook*. De acordo, com Neiger et al. (2013) o nível inicial ou de baixa de inserção é caracterizado por práticas desenvolvidas para marcar a presença da organização na mídia social, sendo medida a partir de variáveis como frequência de publicações e do número de seguidores. Tanto o Peru quanto o Brasil foram os casos que apresentaram maior número de publicações entre os países selecionados na fase exploratória, sendo que o Brasil possui 730 mil seguidores (aqueles que curtiram a página passam a automaticamente segui-la) e o Peru 57 mil.

No entanto como os níveis de inserção são sucessivos (NEIGER et al, 2013), buscou-se também caracterizar as práticas consideradas de baixa inserção a partir da análise dos conteúdos das mensagens publicadas, as quais foram classificadas segundo gênero textual predominante (jornalístico ou publicitário) e fonte de informação (tipo de hiperlinks). Estes dados foram relacionados com algumas características da dinâmica de difusão e circulação da informação nas redes sociais apontadas por Recuero (2012; 2010) e Zargo (2013) a partir de estudos sobre as redes sociais formadas em sites de rede social, como *Facebook*.

Na segunda fase de análise, buscou-se identificar conteúdos promotores de saúde nas mensagens coletadas. Para análise do conteúdo das mensagens foram estabelecidas três categorias dedutivas relacionadas ao tipo de abordagem: individual, estrutural ou híbrida (individual e estrutural). Esta categorização teve por base o estudo de Cohen, Scribner e Fariey (2000) o qual divide as intervenções de saúde segundo o tipo de abordagem. **Individual** que busca influenciar ou mudar atitudes, crenças, valores, conhecimento ou habilidades que impactam na saúde. **Estrutural** que busca intervir ou alterar condições que estão além do controle individual, como a adaptação de ambientes ou melhoria no acesso aos serviços de saúde.

Entende-se que essa classificação se adequa aos conceitos de promoção da saúde predominantes na literatura: um voltado para ações de mudança de comportamentos individuais e o outro centrado nos determinantes sociais de saúde. Bem como ao conceito de vulnerabilidade que vem sendo utilizado no contexto de promoção da saúde e AIDS (CZERESNIA, 2009). Especificamente sobre a influência da mídia, o estudo de Cohen et al. (2000) identificou que esta opera de forma **híbrida**, agindo tanto no nível individual como no estrutural, quando se busca a mudança de atitudes relacionadas à saúde.

Após a definição das categorias foi feita uma análise temática dos conteúdos coletados. Segundo Bardin (2009, p. 131) “o tema é a unidade de significado que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia de leitura [...] consiste em descobrir os ‘núcleos de sentido’ que compõem a comunicação”. A unidade de registro para análise foram os textos ou áudios das mensagens publicadas no *Facebook* exibidas nas “publicações das páginas” dos casos analisados.

Além do tipo de abordagem, buscou-se também identificar a presença de formadores de opinião nas mensagens analisadas. Segundo modelo proposto por Renaud et al. (2006) que analisa como a mídia atua na construção de normas sociais sobre saúde e como os agentes formadores de opinião, a exemplo de autoridades, especialistas, jornalistas e celebridades, desempenham um papel importante no ciclo de vida das normas sociais de saúde. Nesta categoria foi utilizada como unidade de registro a citação de nomes de formadores de opinião.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1. ARTIGO 1. PRÁTICAS DE COMUNICAÇÃO EM SAÚDE EM TEMPOS DE MÍDIA SOCIAL: UM ESTUDO DE CASO DO USO DO FACEBOOK PELOS MINISTÉRIOS DA SAÚDE DO BRASIL E DO PERU

RESUMO

Este artigo tem por propósito identificar práticas de comunicação utilizadas pelos Ministérios da Saúde de países sul-americanos em mídias sociais para divulgação de conteúdos sobre saúde. Trata-se de um estudo de caso do uso do *Facebook* pelos Ministérios da Saúde do Brasil e do Peru, que analisou 105 publicações referentes à campanha do Dia Mundial de Luta contra AIDS a partir de indicadores elaborados com base em conceitos característicos das mídias sociais, como participação, interatividade e convergência, resultando em um quadro analítico que mediu o nível de inserção dos Ministérios da Saúde no *Facebook*. No caso peruano predominaram as práticas de nível inicial de inserção, voltadas para marcar a presença da instituição na mídia social, porém sem interação com o usuário. No caso brasileiro foi observada maior utilização das potencialidades interativas da mídia social, porém como estratégia para ampliar a difusão de informações da campanha e a centralidade do órgão como emissor de informações sobre AIDS. Apesar da heterogeneidade das práticas de comunicação adotadas pelos casos estudados, identificou-se uma maior utilização da mídia social como meio de comunicação para difusão de mensagens unidirecionais voltadas para adoção do teste de HIV como comportamento preventivo, do que para estabelecer diálogos com seus públicos. Apesar do aumento de ações de comunicação em saúde realizadas nessas mídias, faltou aos Ministérios da Saúde aproveitar melhor a natureza participativa do *Facebook*, valorizando o processo de intercâmbio de informações na rede social e a construção coletiva do conhecimento.

Palavras chave: Comunicação em Saúde, Mídias Sociais, Informação em Saúde e AIDS

INTRODUÇÃO

Nas duas últimas décadas temos visto diversas transformações promovidas pelo uso das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC), entre estas mudanças podemos destacar o processo de virtualização das relações sociais e do espaço público e alteração na produção, difusão e circulação da informação, o que subverteu os processos de comunicação de massa que passam a ser feitos em redes horizontais e de forma interativa. Mudanças estas diretamente ligadas à criação da internet, mas que vão muito além do seu uso nos computadores, incluindo inúmeras tecnologias e dispositivos que tomaram o cotidiano de instituições como escolas, hospitais, indústrias, bancos e lares. Praticamente todos os setores produtivos da sociedade se apropriaram das TIC, sobretudo de suas funcionalidades e aplicações voltadas para difusão, recuperação e acesso à informação.

Assim como em vários setores da sociedade, a utilização das TIC também gerou reflexos importantes para a área da saúde, resultando em usos pessoais, acadêmicos e institucionais, seja para melhorar o acesso a serviços de saúde ou a qualidade do atendimento, seja para dar maior precisão no diagnóstico e tratamento. De forma mais ampla, o uso das TIC na saúde representa não só mudanças no contexto das práticas de atenção à saúde e na gestão dos estabelecimentos, mas também nas políticas de saúde pública, na compreensão dos fatores determinantes da saúde e na gestão da informação, entre outras possibilidades (VIEIRA, 2014. p 32).

De acordo com estudo divulgado pela Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (Cepal), embora tenha havido um crescimento de iniciativas públicas e privadas de uso das TIC no setor saúde entre os países da América Latina e do Caribe, há ainda uma defasagem de infraestrutura se comparada com países da América do Norte e Europa, bem como de planos e políticas estratégicas por parte dos governos (FERNANDEZ e OVIEDO, 2011)

Entre os países Sul-Americanos, no caso do peruano destacam-se o uso da telefonia móvel para o desenvolvimento de ações de saúde. Essas iniciativas, classificadas como MHealth (*mobile health*), a maioria desenvolvidas por universidades e organizações não-governamentais, concentram-se em aplicativos baseados na web e na tecnologia móvel voltados, principalmente para monitoramento do tratamento de pessoas que vivem com HIV/AIDS, entre outras. No entanto, apesar dessas outras iniciativas, os estudos destacam que os sistemas de informação em saúde do Peru são fragmentados e não integrados, sendo

necessários maiores investimentos em infraestrutura e treinamento, bem como planejamento governamental para desenvolver e integrar as TIC e as políticas de saúde.

O Brasil também tem registrado nos últimos anos diversas iniciativas nessa área, porém que demonstram um maior envolvimento e direcionamento por parte do governo, com destaque para adesão do Ministério da Saúde ao Programa Governo Eletrônico Brasileiro, criação do Cadastro Eletrônico Nacional para usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Programa Telesaúde Brasil. Por outro lado o país também apresenta problemas na infraestrutura, porém de forma concentrada. (RONCHI e SENNE, 2014).

Segundo pesquisa brasileira sobre o uso das TIC na saúde, o acesso a computadores e a internet é quase universal nos estabelecimentos de maior complexidade, porém há um déficit de acesso nos estabelecimentos de atenção básica, sendo que 20% deles não estão conectados à Internet e 14% não utilizam. Há diferenças também entre o setor público e o privado. A proporção de utilização da Internet nos estabelecimentos de saúde privados é de 99%, enquanto que nos públicos é de 80%. (COMITÊ GESTOR DA INTERNET, 2014).

Sociabilidade em rede

Assim como as TIC podem fornecer meios inovadores para monitorar, avaliar e gerenciar o estado de saúde de indivíduos e populações, essas tecnologias também representam um importante instrumento para facilitar o acesso à informação, como também para transformar os processos de educação e comunicação em saúde. Isso porque entre as diversas mudanças causadas pelas TIC, a sociabilidade mediada pela tecnologia (CASTELLS, 2004) talvez seja a mais transformadora, uma vez que introduziu novas formas de percepção e linguagem, de circulação e difusão de saberes, fazendo com que a mediação tecnológica da comunicação deixasse de ser instrumental para converter-se em estrutural. (MARTIN-BARBERO, 2006).

Com a ampliação e popularização do uso das TIC, em especial da web 2.0, inaugurou-se uma nova fase no processo de comunicação de massa, que passou a ser feito em redes horizontais e de forma interativa pelos próprios indivíduos que buscam, produzem, recebem e enviam seus próprios conteúdos. Essa característica provocou mudanças na formação de redes sociais, já que por meio da tecnologia ficou mais fácil agregar indivíduos com interesses, experiências ou causas em comum, mas que estão territorialmente distantes. É importante diferenciar as redes sociais dos sites que as suportam, chamados de sites de redes sociais ou mídias sociais. Estes sites não são as redes, porém permitem gerar ambientes midiáticos de

integração, produção de conteúdos e visualização dos atores sociais e de suas redes. (RECUERO, 2102; 2010).

Sabendo que a participação dos usuários agrega valor à informação (RECUERO, 2102; 2010), muitos desses sistemas são projetados para incentivar a participação, como é o caso do *Facebook*. Essa arquitetura de participação (O'REILLY, 2007) é central para essas tecnologias, concebidas com base nos efeitos da comunicação em rede. O potencial de colaboração que está por trás do uso de tecnologias de rede está na atribuição de um valor para o processo de intercâmbio social e construção coletiva do conhecimento, a partir da produção e compartilhamento de conteúdos entre as pessoas (O'REILLY, 2007). A cultura participativa (JENKINS, 2009) é destacada como um componente constituinte do conceito de convergência midiática, que tem na internet sua maior expressão.

A convergência não deve ser compreendida somente como um processo tecnológico que une múltiplas funções dentro dos mesmos aparelhos e permite fluxo de conteúdos através de múltiplos suportes midiático, mas também como uma transformação cultural. Por meio da convergência os atores sociais são incentivados a procurar novas informações e fazer conexões em meio a conteúdos midiáticos dispersos, transformam esses conteúdos em recursos de expressão e compreensão da vida cotidiana (JENKINS, 2009).

No caso da saúde, *softwares* baseados em arquitetura de participação, como as mídias sociais abrem diversas possibilidades de construção coletiva de conhecimento sobre saúde e consequentemente de maior efetividade das ações de promoção da saúde, já que partindo do pressuposto que a “promoção da saúde ocorreria no âmbito da comunicação” (CORCORAN, 2011, p. 149). Dessa forma, quanto mais dialógica a comunicação, mais efetiva seria a ação de promoção da saúde, pois partiria de um conhecimento construído coletivamente a partir dos contextos e conceitos dos indivíduos e grupos do que é saúde, do que a promove ou do que a põe em risco.

Mídias sociais e a promoção da saúde: o que dizem as evidências?

O aumento considerável de usuários aliado à cultura participativa e às funcionalidades interativas das mídias sociais, tem feito com que muitas ações relacionadas com a saúde passem a ser realizadas nessas mídias. As potencialidades dos sites de redes sociais para promoção da saúde se mostram principalmente em termos do alcance de audiência e funções interativas que podem ser exploradas para divulgação e mobilização em torno de ações de promoção da saúde. (GOLD et al., 2011; KORDA e ITANI, 2013).

As possibilidades das mídias sociais para saúde foi objeto de revisão sistemática Chou et al. (2013) que identificou 514 estudos publicados em língua inglesa que abordavam o impacto da Web 2.0 sobre a saúde. Este estudo concluiu que as mídias sociais podem ampliar o alcance das mensagens de saúde para um público mais vasto, com destaque para a possibilidade de métodos e abordagens inovadoras para avaliação da divulgação, exposição, engajamento e eficácia de mensagens sobre saúde nessas mídias.

Já estudo de Korda e Itani (2013), que também buscou resumir evidências sobre o uso de mídias sociais para promoção da saúde, mostrou que as comunicações *on-line* são eficazes em melhorar o conhecimento e a compreensão de temas específicos de saúde. Bem como destacou que personalizar as mensagens de acordo com as características do usuário, preferências de informação e formato da mídia social pode ajudar a sustentar a participação dos usuários em ações de promoção da saúde nessas mídias. O estudo também identificou uma multiplicidade de abordagens nas pesquisas sobre internet, promoção da saúde e mudança de comportamento, com destaque para as áreas de psicologia, biblioteconomia e ciências da informação, comunicações em saúde e educação.

Especificamente no campo da promoção da saúde sexual, a revisão sistemática de Gold et al. (2012), analisou 178 atividades realizadas em mídias sociais, identificou que o uso dos sites de redes sociais para a promoção da saúde sexual não é generalizada, mais que prevalecem as ações no *Facebook*, *Twitter* e *Myspace*. A maioria das atividades são provenientes dos Estados Unidos, grande parte destinada ao público jovem e tinham como objetivo principal marcar a presença das organizações ou programas na redes. Sendo que realizar uma campanha ou intervenção através da mídia social ocupou o segundo lugar entre os objetivos identificados para usar essa mídia. Além disso, a maior parte das ações eram direcionadas para saúde sexual de forma geral (57%) ou para HIV (25%) (GOLD et al., 2011).

O Estudo também mapeou as instituições responsáveis pelas ações nessas mídias. Das 178 atividades de promoção da saúde identificadas, pouco menos da metade foi realizada por organizações sem fins lucrativos (43%), seguido por departamentos ou agências governamentais com 16% (GOLD et al., 2011).

Já a busca realizada pelas autoras, na Bireme e no SciELO, de artigos publicados em inglês, português e espanhol, a partir dos termos “Internet” ou “Facebook” e “AIDS” ou “HIV, identificou 31 artigos que abordavam o uso de mídias sociais para promoção de ações de comunicação e educação para prevenção ou tratamento de AIDS. Sendo que deste total, apenas seis artigos eram de produção latino-americana, sendo dois peruanos e quatro

brasileiros, o restante tinha origem nos Estados Unidos, Inglaterra e Austrália. Confirmando evidência apontada por Gold et al. (2011) de que os estudos nessa área ainda se concentram nos países desenvolvidos da América do Norte e Europa e na língua inglesa.

Entre os artigos sobre mídias sociais e HIV/AIDS prevaleceram os estudos empíricos do tipo coorte transversal, randomizado controlado e de regressão logística multivariada, porém também apareceram estudos qualitativos que utilizaram a análise de redes sociais e análise de conteúdo. Do total de estudos identificados, a maior parte (n=11) avaliou o uso das mídias sociais para o recrutamento de sujeitos de pesquisa. Em segundo lugar (n=9) ficaram os estudos sobre o uso de mídias sociais para divulgação de informações sobre prevenção e promoção da saúde.

O restante dos estudos analisou as comunidades virtuais de pessoas que vivem com HIV ou de grupos específicos, principalmente de homens que fazem sexo com homens. Com destaque para estudo de avaliação da eficácia de ações de educação preventiva ou mobilização para realização de testagem HIV promovidas por “líderes de opinião” no *Facebook* e em outros sites de redes sociais, como *Myspace*.

De forma geral, os estudos de revisão identificados destacaram que apesar do aumento de ações de saúde realizadas nessas mídias e do crescimento das pesquisas sobre o tema, falta às organizações de saúde aproveitar melhor o caráter participativo dessas mídias, utilizando suas potencialidades para estabelecer diálogos interativos sobre saúde com seus públicos e com isso promover o engajamento nas ações de saúde (KORDA e ITANI, 2013; CHOU et al., 2013; NEIGER et al., 2013).

Além disso, apesar de grande parte dos estudos publicados sobre o tema utilizarem de métodos tradicionais de investigação do campo da saúde, como ensaios clínicos randomizados, estudos de coorte e meta análise, ainda falta consenso sobre a forma de avaliar tanto as ações de promoção da saúde realizadas em mídias sociais como também seus resultados (KORDA e ITANI, 2013; CHOU et al., 2013; NEIGER et al., 2013), já que esses métodos considerados “padrão ouro” na área de saúde, ainda se mostram pouco eficazes, quando empregados para análise de ambientes de comunicação em constante evolução, como o caso das mídias sociais (CHOU et al, 2013). Por isso, sugerem não limitar as investigações as referências da área de saúde pública, mas buscar avaliar as ações a partir de outras disciplinas como Ciência da Informação, Sociologia, Comunicação e Educação (GOLD et al., 2011; KORDA e ITANI, 2013; NEIGER et al., 2013; HELDMAN, SCHINDELAR e WEAVER, 2013).

METODOLOGIA

A partir dos estudos de revisão sobre o uso de mídias sociais para promoção da saúde (GOLD et. al. 2011; KORDA e ITANI, 2013; NEIGER et. al, 2013; HELDMAN, SCHINDELAR e WEAVER, 2013) ficou evidenciada a necessidade de realizar mais estudos empíricos que identifiquem como as instituições de saúde estão se apropriando das mídias sociais para comunicar ações ou programas de promoção da saúde e principalmente se as potencialidades de interação dessas mídias estão sendo utilizadas. Por isso, neste estudo de caso buscou-se identificar as práticas dialógicas de comunicação adotadas no *Facebook* pelos Ministérios da Saúde do Brasil e do Peru.

A opção pelo estudo de caso reside no fato de que esta é a estratégia de investigação empírica mais adequada quando queremos saber o “como” e o “por que” de acontecimentos contemporâneos ou na pesquisa exploratória de fenômenos pouco investigados (MINAYO, 2006; COUTINHO E CHAVES, 2013; ALVES-MAZZOTTI, 2006).

Já o recorte na campanha do Dia Mundial de Luta Contra AIDS se deu pela necessidade de se eleger um marco de ação comum, período e assunto coincidentes, para divulgação de conteúdos ou campanhas de saúde pelos Ministérios da Saúde dos casos estudados, o que permitiria a comparação. O monitoramento se iniciou no dia 19 de novembro de 2013, data da primeira publicação da campanha do Ministério da Saúde do Peru (Minsa), e seguiu até o dia 19 de dezembro do mesmo ano.

Os países incluídos na fase exploratória da pesquisa foram escolhidos por serem sul-americanos e estarem no escopo de países pesquisados pela fase II do Projeto “Da política institucional aos processos do cuidar: estudos comparados sobre as práticas de promoção da saúde nas equipes da estratégia saúde da família no Brasil e seus similares em outros países”. Pesquisa desenvolvida pelo Núcleo de Estudos em Saúde Pública da Universidade de Brasília (Nesp/UnB), que tem entre seus objetivos sistematizar e analisar as práticas de comunicação e promoção da saúde desenvolvidas no Brasil e em outros 15 países. Objetivo no qual se insere esta pesquisa, originalmente aprovada pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília sob número 084/12.

Coleta de dados

A fase exploratória teve por objetivo identificar os casos típicos para proceder à nova coleta. Foram consideradas as páginas do *Facebook* que tivessem maior frequência de publicações (Figura 1). A partir desse critério foram excluídas as páginas do Chile e da Colômbia.

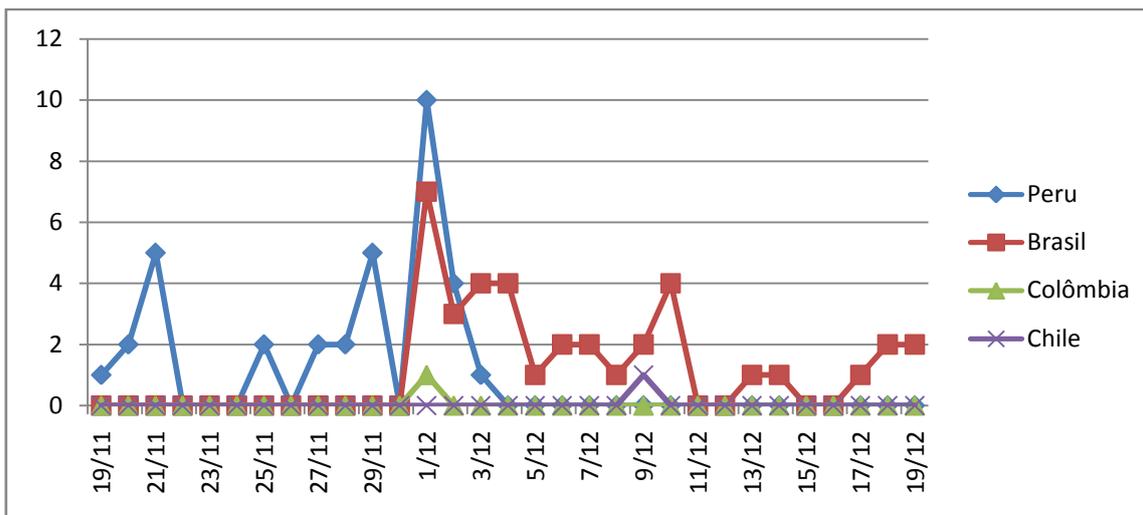


Figura 1. Frequência de publicações sobre o Dia Mundial de Luta Contra AIDS nas páginas do *Facebook* dos Ministérios da Saúde do Peru, Brasil, Colômbia e Chile, no período de 19 de novembro a 19 de dezembro de 2013.

A segunda fase de coleta, agora apenas dos casos típicos (Brasil e Peru), ocorreu de 19 de dezembro de 2013 a 13 de fevereiro de 2014. O critério para delimitação desse período de coleta se deu pela exaustividade, quando não foram mais identificadas publicações referentes à campanha nas páginas do *Facebook* dos países estudados. No caso do Peru, o último registro de publicação se deu no dia 10 de dezembro de 2013, e no caso brasileiro foi no dia 13 de fevereiro.

Análise dos dados

Para análise dos dados elaborou-se indicadores com base nos conceitos de participação e interatividade (JENKINS, 2009) incluídos entre os conceitos estruturantes da Web 2.0 e, portanto, diferenciam as mídias sociais, das outras mídias, consideradas tradicionais. Esses indicadores foram aplicados as 105 mensagens referentes à campanha do Dia Mundial de Luta Contra AIDS, sendo 37 do Peru e 68 do Brasil, resultando em um quadro analítico que serviu para medir o nível de inserção dos Ministérios da Saúde no *Facebook* a partir da presença (código=1) ou ausência (código=0) dos indicadores elencados.

Segundo Neiger et al. (2012) existiriam três níveis de inserção de uma organização na mídia social: baixo, médio e alto. Essa inserção seria medida com base no nível de utilização das potencialidades das mídias sociais, em especial as voltadas à interação e ao diálogo com usuário (nível médio), ao estímulo e ao engajamento “*off-line*” em programas ou ações de promoção da saúde fora da mídia social (nível alto).

Cabe destacar que para este estudo partiu-se do pressuposto que Ministério da Saúde do Brasil e do Peru já possuem um nível inicial de inserção no *Facebook*. De acordo com

Neigeret al. (2013) o nível inicial ou de baixa de inserção é caracterizado por práticas desenvolvidas para marcar a presença da organização na mídia social, sendo medida a partir de variáveis como frequência de publicações e do número de seguidores. Tanto o Peru quanto o Brasil foram os casos que apresentaram maior número de publicações entre os países selecionados na fase exploratória (figura 1).

No entanto, como os níveis de inserção são sucessivos (NEIGER et al., 2013), buscou-se também caracterizar as práticas consideradas de baixa inserção a partir da análise dos conteúdos das mensagens publicadas, as quais foram classificadas segundo gênero textual predominante (jornalístico ou publicitário) e fonte de informação (tipo de hiperlinks). Estes dados foram relacionados com algumas características da dinâmica de difusão e circulação da informação nas redes sociais apontadas por Recuero (2012; 2010) e Zargo (2013) a partir de estudos sobre as redes sociais formadas em sites de rede social, como *Facebook*.

ANÁLISE E DISCUSSÃO

O foco da Campanha do Mundial de Luta contra AIDS promovida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para o período 2011-2015 é "Zero mortes relacionadas à AIDS", é um apelo para acesso universal ao tratamento e uma chamada para os governos agirem imediatamente, disponibilizando antirretrovirais, apoiando a pesquisa científica e orientando a conduta para populações de risco¹.

Esta recomendação da OMS foi adotada tanto pelo Brasil quanto pelo Peru na elaboração de suas campanhas referentes ao dia Mundial de Luta Contra a AIDS. Ambas tinham como foco alertar as pessoas para importância de realizar o teste de HIV e foram direcionadas às diversas mídias, como: rádio, TV, jornal, mídia impressa e mídia social. O tema da campanha brasileira era "Para Viver Melhor é Preciso Saber" e da campanha peruana era "*Hazte la prueba de VIH, es mejor saber*". O público alvo da campanha eram os jovens². No caso brasileiro, além das mensagens de incentivo para realização do teste, também foram destacadas as ações do governo voltadas para o tratamento de pessoas vivendo com AIDS. O público alvo da campanha eram homens que fazem sexo com homens, travestis, profissionais do sexo, gestantes, profissionais de saúde e população em geral³.

¹Organização Pan-Americana da Saúde. Disponível em: <http://www.paho.org/bireme/index.php?option=com_content&view=article&id=186:dia-mundial-de-luta-contra-aids&Itemid=73&lang=pt>. Acessado em 13 de maio de 2014.

² Ministério da Saúde do Peru. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=giVPyzRtZxM>>. Acessado em 21 de novembro de 2013.

³ Ministério da Saúde do Brasil. Disponível em: <<http://pt.slideshare.net/MinSaude/dia-mundial-de-luta-contra-aids>>. Acessado em 03 de dezembro de 2013.

Conforme mostrado no quadro analítico (quadro 1) as práticas de comunicação para divulgação da campanha do Dia Mundial da AIDS no *Facebook* foram bastante heterogêneas. Na página do Ministério da Saúde peruano predominaram as práticas de comunicação de baixa inserção, caracterizada por mensagens de sentido único que partem da organização para audiência, cujo objetivo é marcar a presença da instituição na mídia social fornecendo informações relacionadas à campanha de AIDS para sua rede, porém sem buscar estabelecer diálogo com seus seguidores.

Quadro 1. Quadro analítico do nível de inserção dos Ministérios da Saúde do Brasil e do Peru no Facebook

	CATEGORIAS	B rasil	Per u
Nível básico	CONTEÚDO		
	Conteúdo publicitário (gênero)	1	1
	Conteúdo jornalístico (gênero)	1	1
	Hiperlinks - fontes próprias	1	1
	Hiperlinks - outra fontes	1	1
Nível médio	INTERAÇÃO E PARTICIPAÇÃO		
	Resposta ao usuário	1	0
	Conteúdo interativo	1	0
	Existência de política de moderação	1	0
	Incentivo ao compartilhamento de conteúdos	1	0
	Incentivo à produção de conteúdos	1	0
	Compartilhamento de conteúdo gerado por usuários	0	0
Nível alto	ENGAJAMENTO		
	Mensagens de incentivo para participar de evento de promoção da saúde	0	1
	Oferecimento de serviço ou de programa de promoção da saúde	0	1
	Incentivo para parceria em programa de promoção da saúde	0	0

Fonte: Adaptado de Neiger et al. (2012) com dados da pesquisa

Já no caso brasileiro, apesar de prevalecerem as práticas de comunicação unidirecional, foram identificadas práticas de comunicação dialógicas (organização – público), cujos conteúdos buscavam incentivar os seguidores a interagir com as mensagens e a campanha veiculada ou a compartilhar mensagens e experiências relacionados ao tema AIDS.

Apesar das palavras participação e interatividade serem usadas muitas vezes como sinônimos, Jenkins (2009) as conceitua de forma distinta. A interatividade refere-se aos recursos tecnológicos de manipular e alterar os conteúdos disponíveis na mídia social os quais são determinados previamente pelo *software*. Já a participação refere-se às interações sociais e

culturais que ocorrem por meio da mídia social, não sendo limitadas pelos recursos tecnológicos e sim controladas pelos usuários (JENKINS, 2009).

No caso brasileiro a participação do usuário foi incentivada em apenas uma mensagem (figura 3), a qual convoca seus seguidores a colaborar diretamente com o conteúdo da campanha relatando sua experiência de ter feito o teste de AIDS.

Figura 2. Mensagem de incentivo a participação publicada na página do Ministério da Saúde do Brasil no dia 05 de janeiro de 2014 durante a campanha do Dia Mundial de Luta Contra AIDS



Fonte: Página no *Facebook* do Ministério da Saúde do Brasil

Embora a resposta aos usuários não sejam um incentivo direto a participação, a frequência em que a instituição responde as publicações pode ser considerada como um incentivo indireto, já que ao perceber a propensão da instituição em estabelecer uma cultura participativa na mídia social mais usuários se sentem estimulados a estabelecer um diálogo com a instituição ou com outros seguidores, tendo como consequência novos comentários e mais participação. No caso brasileiro, das 51 mensagens que receberam comentários, 51% foram respondidas, prática que não foi observada no caso peruano, ainda que 38% das mensagens publicadas na página do Ministério da Saúde do Peru tenham recebido comentários por parte do usuário, não foi registrada nenhuma resposta ou interação por parte da instituição.

O *Facebook* como demais mídias sociais, tem por base a interação, permitindo aos usuários por meio do *software*, comentar e recomendar (botão curtir) conteúdos e comentários, compartilhar em sua rede social as publicações de outro perfil ou página. O incentivo a essas práticas interativas, com frases do tipo: “*Faça o teste de AIDS. Aproveite e espelhe essa ideia para seus amigos*”, “*#façaoteste Compartilhe essa informação!*”; ou a disponibilização de conteúdo interativo como: “*Dia Mundial de Luta contra a Aids #façaoteste [...] Confira o vídeo interativo*”, representaram 19% do total das mensagens do caso brasileiro.

No entanto, a partir do conceito de interatividade de Carnavilhas (2007), nem todas as mensagens incluídas nessa categoria podem ser consideradas interativas, pois não possibilitaram aos receptores decidir/intervir sobre o conteúdo publicado. Na visão de Carnavilhas a noção de interatividade está ligada mais a ideia de participação, apresentada por Jenkins (2009), já que a interação funciona como um valor, um elemento de informação que pode melhorar a compreensão ou a utilidade da mensagem que o usuário recebe como um tipo de bônus ao interagir com o conteúdo (CARNAVILHAS, 2007).

De acordo com esse conceito, o recurso da interatividade aparece em apenas dois conteúdos veiculados na página do Ministério da Saúde brasileiro. Uma deles foi o vídeo “faça o teste”, divulgado cinco vezes durante a campanha que possibilitava ao internauta decidir se o personagem principal faria ou não o teste de HIV. O recurso interativo também esteve presente na publicação veiculada nos dias 1º e 3 de dezembro. “Ajude na Luta contra a Aids! Adicione a fita vermelha em seu avatar”. Trata-se de um aplicativo para inclusão do laço vermelho, símbolo da luta contra AIDS, na foto do perfil (avatar) dos usuários do *Facebook* que assim desejassem demonstrar seu engajamento com a campanha de AIDS.

Os aplicativos são atalhos que facilitam o acesso a serviços, programas ou banco de dados que estão disponíveis na internet, sejam em sites, telefones celulares ou em mídias sociais. Os aplicativos são um claro exemplo da convergência tecnológica. Na páginas no *Facebook* do Ministério da Saúde brasileiro há outros exemplos de aplicativos desenvolvidos para campanhas de saúde, como o “Vacinação em Dia”, que gerencia a caderneta de vacinação pelo celular e inclui lista de vacinas oferecidas pelo governo e lembretes sobre as campanhas; e os “Doação de Órgãos” e “Doação de Sangue”, que inclui o status de doador na descrição do perfil de usuários *Facebook*. Embora o Peru esteja entre os cinco países *mHealth* do mundo (FERNANDEZ e OUVIEDO, 2011), inclusive possuindo um sistema *on-line* e gratuito para recebimento do resultado do teste de HIV fornecido pelo Minsa, a utilização de

aplicativos ou mesmo a menção a estas estratégias de *mHealth (Mobile Health)* não foram identificadas na página do *Facebook* do caso peruano.

Curiosamente, apesar do Peru não explorar as potencialidades interativas e participativas do *Facebook*, foram identificadas mensagens classificadas como de alto nível de inserção. De acordo com Neiger et al. (2013) o nível alto de inserção ou engajamento na mídia social se refere ao envolvimento *off-line* do público (indivíduo ou entidade) com programas de promoção da saúde a partir das mensagens publicadas na mídia social.

O objetivo da comunicação considerada de alto nível de engajamento é transformar os membros da audiência em participantes ou parceiros do programa de promoção da saúde. Por exemplo, promovendo e incentivando a participando em eventos patrocinados pela instituição, como nas mensagens que convidavam a rede de seguidores da página peruana a participar de feira informativa promovida pelo Ministério da Saúde por ocasião do Dia Mundial de Luta Contra AIDS, ou fazendo com que os indivíduos aproveitam os serviços oferecidos pela organização, no caso realizando o de teste de HIV oferecido gratuitamente durante a feira.

Embora como destacado por Neiger et al. (2013), a presença de mensagens que incentivem a audiência a participar do programa de promoção da saúde não sirvam para comprovar o engajamento do público com a ação, já que este só poderia ser estimado por meio de métodos de avaliação do programa de promoção da saúde, como por exemplo número de participantes do evento ou de pessoas que realizaram o teste, variáveis que não poderiam ser medidas apenas pela observação das práticas das instituições nas mídias sociais. No entanto, neste estudo a presença de mensagens que incentivam diretamente ao engajamento em eventos, programas ou serviços foi considerada como de alto nível de inserção (figura 3).

Figura 3. Mensagens de convite para evento em comemoração ao Dia Mundial de Luta Contra AIDS publicada na página do Ministério da Saúde do Peru no dia 30 de novembro de 2013.



Fonte: Página no *Facebook* do Ministério da Saúde do Peru

Outro aspecto a ser ressaltado é que, diferente do identificado no estudo de Neiger et al. (2013) que afirma que o nível de inserção na mídia social se dá de forma sucessiva, os casos estudados demonstraram que o nível de inserção não necessariamente é condição para o tipo de prática adotada na rede social. Pela sua própria natureza as mídias sociais são projetadas para criar conversas entre o público e a instituição. Já pela perspectiva de promoção da saúde, as conversas geradas na mídia social podem levar a diferentes níveis de engajamento, que por sua vez produzem uma série de resultados, incluindo o aumento do conhecimento relacionado à saúde, sentimentos de pertencimento a rede e envolvimento com os programas de promoção da saúde, seja como parceiros ou como participantes que recebem serviços diretos ou produtos. Neste sentido, o engajamento é visto em várias etapas, com efeitos ou resultados correspondentes a cada nível sucessivo (NEIGER et al., 2013).

No entanto, no caso do Peru, o Minsa passou do nível de baixa inserção - onde predominaram mensagens voltadas para marcar a presença da instituição no *Facebook* e com isso agregar e manter seguidores interessados no conteúdo publicado - para mensagens de alta inserção ou engajamento, sem que o Peru adotasse qualquer prática de comunicação dialógica com sua rede.

Nesse contexto é importante ressaltar que a partir dessa ideia dos níveis sucessivos de engajamento via mídia social presume-se que a rede estabelecida pelo Ministério da Saúde Peruano passaria de associativa, mantida por conexões estabelecidas unicamente pelo site de

rede social, para uma rede emergente, que derivada das conversações e interações voltadas para manutenção dos laços sociais entre os atores sociais, sejam eles criados e mantidos pelo *Facebook (on-line)* ou fora dele (*off-line*). No entanto, mesmo sem estabelecer conversação com a sua rede, o Minsa buscou estabelecer laços sociais *off-line* com atores sociais a partir da realização de uma feira informativa.

A ideia dos níveis sucessivos de inserção também não se aplicou ao caso brasileiro. De acordo com o quadro analítico, embora o Ministério da Saúde do Brasil realizasse cinco das seis práticas dialógicas características do nível de média inserção, nenhuma prática ou mensagem que possa ser considerada de estímulo para o alto nível de engajamento foi identificada. Além disso, grande parte dessas publicações estimulava a circulação do conteúdo na rede, com frases como: “compartilhe essa ideia”, “divulgue entre seus amigos”. Estas evidências demonstram que embora o Ministério da Saúde brasileiro se utilize de práticas consideradas dialógicas e por tanto, produtoras de laços entre os atores e de pertencimento à rede, não as utiliza para alcançar o próximo nível de engajamento, já que não foram identificadas mensagens de incentivo direto a participação (*off-line*) em eventos ou ação do Dia Mundial de Luta Contra AIDS.

Tanto as ações de primeiro nível de inserção com as de segundo nível sugerem que, no caso brasileiro, as práticas adotadas priorizavam muito mais a utilização da mídia social como mais um meio de comunicação para difusão da campanha de AIDS do que para estabelecer engajamento às ações ou programas do Ministério da Saúde fora do *Facebook*. Corroborando as evidências apresentadas por Gold et al. (2011) de que a maior parte das atividades de saúde sexual realizadas em mídia social tem como objetivo principal a divulgação da instituição e de seus programas ou campanhas para rede.

É a partir do estudo das conexões, dos laços sociais estabelecidos via sites de rede social que alguns efeitos provocados pelas mídias sociais na difusão de informações podem ser percebidos. Um deles é a modificação das conexões entre os atores sociais. As conexões via mídias sociais possuem laços que não se desgastam pela falta de interação, ao contrário das conexões mantidas no espaço social não virtual (RECUERO, 2012 e ZARGO, 2013). Assim as redes formadas pelos Ministérios da Saúde dos casos estudados tem como função principal ser um meio de comunicação, já que cada conexão estabelecida no site de rede social é um canal de trânsito de informações entre sujeitos e entre coletivos. Assim, a informação publicada pelo ministério de cada caso estudado pode, *a priori*, ser ampliada pela circulação no grupo de seguidores. Sendo esse um dos objetivos principais das práticas de nível inicial de inserção observadas nos dois casos estudados.

No entanto, essa difusão de informação não é alterada somente pelo número de conexões entre os atores sociais, conforme o modelo proposto por Neiger et al. (2013), cujo número de seguidores entraria como uma métrica do nível de baixa inserção na mídia social. De acordo com Recuero (2012) e Zargo (2013) há também a influência do capital social dos atores que difundem a informação. As práticas adotadas na mídia social, ao mesmo tempo em que produzem valores relevantes (capital social) para os atores sociais atuarem e influenciarem a sua rede de seguidores como visibilidade, autoridade, popularidade e reputação, também geram efeitos sobre o conteúdo informativo divulgado e sua circulação. Pois quem define o nível de circulação das mensagens são os próprios membros da rede, que decidem, a partir de interesses pessoais e do capital social de quem emite a mensagem, se vão compartilhar ou não uma determinada informação. Dependendo do capital social de um ator, a difusão de determinada informação pode gerar efeito de cascata, ou seja, muitos compartilhamentos daquele conteúdo e a consequente ampliação da circulação daquela informação (RECUERO, 2010; 2012).

Embora este estudo não faça uma análise da rede social, podemos identificar no caso brasileiro práticas para reforçar a boa reputação do seu programa AIDS perante a sua rede de seguidores. Prática evidenciada nas publicações de vídeos com depoimentos de membros de organismos internacionais ou de notícias veiculadas pela imprensa que ressaltavam as qualidades do programa de AIDS brasileiro: “ONU elogia novo passo do Brasil no tratamento da AIDS”, notícia do portal da BBC compartilhada no dia 1º de dezembro de 2013 e “Para OMS, Brasil é um dos líderes na luta contra AIDS”, vídeo com depoimentos de membros da Organização Mundial de Saúde (OMS) publicado no dia 03 de dezembro de 2013, um compartilhamento de vídeo publicado no canal do *Youtube* do Ministério.

Quando o conteúdo também é outro meio

Outro efeito bastante característico das mídias sociais sobre a difusão da informação é a replicação de conteúdos elaborados em outros meios de comunicação. A internet também pode ser classificada como um meio de comunicação complexo e diferente de seus antecessores, em especial pelas suas condições e possibilidades comunicativas, já que possui linguagem multimídia que reúne expressões escritas, visuais, sonoras e audiovisuais (DRUETTA, 2009). Por ser um meio de expressões múltiplas, de diversidade de informação, de fontes, de modelos de interação, de canais de expressão e de emissores, a internet oferece também novas formas de narrativas que se manifestam de acordo com a combinação de duas

funções: a de ser um canal de distribuição para os meios tradicionais de comunicação e a de proporcionar um espaço de expressão para emissores emergentes (DRUETTA, 2009).

A função de distribuição de informações de outros meios e fontes foi analisada a partir da identificação dos hiperlinks presentes nas mensagens. Os hiperlinks são um conjunto de nós que podem ser palavras, páginas, imagens, gráficos, sons, documentos que permitem a conexão de conteúdos na internet (DRUETTA, 2009; CARNAVILHAS, 2007). O hiperlink é, em si, um caminho para outra informação. Cada link “representa uma informação já mediada dentro de outra mediação” (RECUERO, 2012, p.217). A hipertextualidade é uma das principais características da internet, que se utiliza da linguagem não sequencial, a qual permite abrir janelas simultâneas com conteúdos diferentes que podem ser associados livremente, possibilitando que aos usuários se torne ativo na ordenação da leitura do conteúdo.

Dentre as mensagens analisadas no caso do Ministério da Saúde brasileiro, 63% possuíam hiperlink. No caso do Peru 51% das 37 mensagens publicadas continham hiperlinks.

Métodos de análise de hiperlinks, como a Webmetria, comparam os links a citações e buscam, por meio de análise quantitativa, identificar possíveis motivações para o uso que podem ser as mais diversas (fonte de conceito ou endosso, recurso de análise ou persuasão). Nesse tipo de análise a ideia de relevância é um conceito transversal a todas essas motivações, pois confere um grau de importância, digno de citação, a página, vídeo ou informação incluída como hiperlink. (FRAGOSO, RECUERO, AMARAL, 2010).

Este princípio da relevância foi utilizado na análise dos hiperlinks presentes nas mensagens dos casos estudados. No caso brasileiro o link que recebeu mais citações foi o Blog da saúde (44%), seguido do canal do Ministério da Saúde no *Youtube* (37%), Outras Fontes (7%), Portal do Ministério da Saúde (5%), *Facebook* do Ministério (5%) e Documentos em PDF, publicados na mídia social *Slideshare*, também com 5%. No caso peruano, o portal do Ministério da Saúde teve 37% dos links, mesma proporção do canal do Minsa no *Youbube*, seguido pelo *Facebook* do Minsa (16%), outras fontes (5%) e documentos em PDF (5%). sendo que a categoria Blog não teve ocorrência no caso peruano.

Observa-se assim, nos dois casos estudados, a prevalência de distribuição de conteúdos próprios, mas produzidos em outras mídias. Por outro lado, tanto no caso brasileiro quanto no peruano na categoria “links de outras fontes” os links foram para notícias publicadas pela imprensa. Ressaltando que, um dos quatro links “outras fontes” identificados no caso brasileiro era para o aplicativo do laço vermelho cuja função era exclusivamente interativa e portanto, não foi considerada para esta análise.

Estes dados evidenciam a prática de utilizar o *Facebook* como mídia trampolim, a qual serviria também para aumentar a visibilidade e reforçar a credibilidade (RECUERO, 2010) dos Ministérios da Saúde no espaço público virtualizado das mídias sociais como fontes de informação qualificadas sobre AIDS, já que, nesse caso, a utilização do link para o próprio site funciona como uma referência de endosso da autoridade federal de saúde como fonte confiável e autorizada de informação sobre AIDS.

A prática de auto-referência por meio da reprodução quase que exclusiva de conteúdo próprio, tende a centralizar e especializar a informação sobre AIDS que circula na rede associativa formada pelos seguidores da página do *Facebook* dos casos estudados, já que conforme destacado por Zargo (2013) a partir dos estudos sobre difusão da informação na mídia social, as redes sociais associativas tendem a personalizar as notícias, que são consumidas a partir do que é publicado pelos outros atores na mídia social. As mídias sociais personalizam a informação recebida a partir da seleção (filtro) de conteúdos de outros membros (ZARGO, 2013; RECUERO, 2012). A principal modificação nessa forma de produzir, filtrar e receber conteúdo está na natureza da informação consumido na rede. Por exemplo, um portal de notícias coloca a disposição uma variedade de assuntos e fontes. Já as mídias sociais restringem e personalizar o conteúdo consumido, exibindo somente o conteúdo que interessa a pessoa e que é publicado pelos outros atores de sua rede e definido pelos filtros do próprio *software* (ZARGO, 2013).

Assim nos casos estudados esta prática de comunicação de auto-referência, embora aproveite as características de ampliação da difusão de informações pelas redes sociais *online*, acaba também por reforçar a centralidade da voz institucional autorizada do Ministério da Saúde como detentor dos saberes e práticas e por tanto definidor dos comportamentos relacionados à prevenção do HIV e ao estilo de vida das pessoas que vivem com AIDS, já que em nenhum dos casos foi identificado o compartilhamento de conteúdo produzido pelo usuário, ou seja, os Ministérios da Saúde não adotaram práticas colaborativas, possibilitadas pela mídia social, de fazer circular informações e discursos de outras fontes na sua própria rede e na de seus seguidores. Não favorecendo por tanto a apresentação de outros contextos e nem a circulação de outros discursos sobre prevenção e testagem de HIV. Ações fundamentais para campanhas que buscam a adesão das pessoas a atitudes de prevenção da AIDS e percepção de vulnerabilidade ao contágio pelo HIV.

As mensagens também foram classificadas conforme o formato predominante do conteúdo midiático a qual pertencem: impresso, vídeo, áudio, mesmo que incluíssem a presença de conteúdos ou links em outros formatos. Na categoria vídeo, o Brasil e o Peru,

proporcionalmente, publicaram quase a mesma quantidade de mensagens nesse formato. O Brasil publicou 16 mensagens em vídeo, representando 24% das mensagens publicadas. Já no caso do Peru foram sete vídeos publicados, representando 22% do total das mensagens veiculadas no período estudado. O formato impresso foi o predominante nos dois casos estudados, representando 75% do conteúdo publicado no *facebook* do Ministério da Saúde Brasileiro e 79% no caso do Peru.

Gêneros

O desafio de definição dos tipos de gêneros textuais ou de linguagem se mostra a partir da constatação de quão ilimitadas são as possibilidades de uso da língua assim como as formas de organização e tipificação das mensagens em gêneros, marcadamente definidos a partir do contexto de tempo histórico e também midiático em que surgem. No caso da internet e das mídias digitais, a multiplicidade converge em uma única mediação: a digital. Por meio dela “qualquer conteúdo, mensagem, texto, imagem, movimento, som, pode ser digitalizado e ganhar a estruturalidade de um enunciado concreto, ainda que seja realidade virtual” (MACHADO, 2011, p. 122).

Mesmos diante das tênues fronteiras de classificação de gêneros das mensagens, para completar a análise das práticas de comunicação adotadas no *Facebook*, buscamos uma classificação a partir da diferenciação entre os tipos de comunicação das mensagens publicadas na mídia social dos casos estudados. Está foi estabelecida a partir das marcas do processo de comunicação dos dois gêneros aqui propostos: o publicitário e jornalístico.

Segundo Camilo (2004) o que marcaria o gênero publicitário a partir de seu processo comunicacional, seria de mensagens voltada para divulgar, legitimar ou promover uma marca, produto, serviço, ideia, conceito, crença, doutrina ou ideologia. Esse gênero foi a marca das publicações veiculadas na página do *Facebook* do caso brasileiro, onde 42 (62%) das mensagens eram do gênero publicitário. Todas centradas no slogan da campanha “Para Viver Melhor é Preciso Saber” e também “#Façaoteste”, vinculando a realização do teste a ideia de “tirar a dúvida” e a possibilidade de receber o tratamento adequado para AIDS. Evidenciando uma prática de comunicação instrumental centrada na comunicação do risco individual, na mudança de hábitos e na crença sobre o poder da mídia.

A prática de comunicação instrumental do risco também foi adotada nas mensagens do gênero publicitário no *Facebook* peruano, porém nesse caso estas representaram 46% do total. Enquanto as mensagens de cunho jornalístico prevaleceram na campanha peruana, no caso brasileiro este gênero de comunicação representou 38% das mensagens publicadas. Diferente

da publicidade que tem como marca o compromisso com a defesa da ideia, ou no nosso caso com a adoção do comportamento, o jornalismo tem como marca comunicacional a notícia.

Esse compromisso com o real, com o fato em si, é o que também marca a diferença entre a comunicação publicitária e a jornalística. Uma das funções do jornalismo é aquela de fazer com que a informação circule na sociedade, a partir da produção narrativas, notícias sobre essas informações. Sendo que nos dois casos estudados, como já evidenciando nas categorias de análise anteriores, as publicações do gênero jornalístico tinham por função replicar conteúdos próprios, porém elaborados em outros meios de comunicação e com isso, contribuir para aumentar a centralidade dos Ministérios da Saúde como emissores de informações sobre AIDS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar da heterogeneidade das práticas de comunicação adotadas pelos do Ministério da Saúde do Brasil e do Peru no *Facebook*, houve uma maior utilização da mídia social como meio de comunicação para difusão da campanha de AIDS do que para favorecer a produção de conteúdos colaborativos. Além disso, a prevalência de prática de comunicação de auto-referência, que acabam por concentrar ainda mais a informação em uma única fonte, provocaram um efeito de reforço da voz institucional autorizada do Ministério da Saúde, como definidora das práticas e comportamentos preventivos a serem adotados em relação à AIDS. Assim os Ministérios da Saúde não adotaram práticas colaborativas possibilitadas pela mídia social, já que não favoreceram a circulação de outros discursos e contextos sobre prevenção e testagem de HIV, uma vez que nenhum dos casos foi identificado o compartilhamento de conteúdo produzido pelos usuários do *Facebook* e seguidores das páginas.

Embora se tenha observado, no caso brasileiro, uma maior utilização das potencialidades interativas da mídia social, o estímulo a interação e compartilhamento de conteúdo, bem como a frequência de respostas das instituições aos comentários dos usuários, tiveram muito mais o objetivo de ampliar a difusão do conteúdo da campanha, através das conexões estabelecidas na rede, do que favorecer a participação e a produção de conteúdo de forma colaborativa. Outro aspecto a ser ressaltado é que o nível de inserção na mídia social não se deu de forma sucessiva. Os casos estudados demonstraram que o nível de inserção não necessariamente é condição para o tipo de prática adotada na rede social. Como no caso peruano, que mesmo sem adotar práticas interativas e de conversação com a sua rede, buscou estabelecer laços sociais *off-line* com seus seguidores, a fim de buscar o engajamento do

público com os eventos alusivos ao Dia Mundial de Luta Contra AIDS realizados fora da mídia social.

As mídias sociais também se mostram como um vetor de acesso e expansão dos mecanismos de interação entre o gestor da política pública e os usuários do sistema de saúde, o que pode ser identificado nas práticas utilizadas para dar mais centralidade ao emissor e assim garantir maior visibilidade no espaço público virtual. O que possibilita aos Ministérios da Saúde dos casos estudados uma comunicação direta com o cidadão, tendo assim uma alternativa à comunicação pautada pela mídia tradicional e seus enquadramentos. O que pode explicar o foco no uso do *Facebook* para difusão de informação sobre AIDS. Porém, é necessário que programas de promoção ou prevenção da saúde superem as estratégias de comunicação difusionistas que apostam na informação como prescritora e normalizadora de comportamentos individuais relacionados à saúde e à doença, e passem a adotar cada vez mais práticas dialógicas onde as diversas visões sobre AIDS, saúde, prevenção e estilo de vida possam sobressair e circular na rede social.

Apesar do aumento de ações interativas realizadas no *Facebook* especialmente a frequência de respostas do caso brasileiro aos comentários dos usuários, faltou aos Ministérios da Saúde, nos casos estudados, aproveitar melhor a natureza participativa dessas mídias e das redes sociais ali formadas, promovendo uma comunicação, seja ela preventiva ou promotora de saúde que favoreça a interação e o diálogo, favorecendo a reflexão crítica tanto sobre as práticas de saúde, como também de comunicação voltadas para saúde, especialmente a AIDS.

REFERÊNCIAS

ALVES-MAZZOTTI, A. J, CAMPOS, P. H. F. Cibercultura: uma nova era das representações sociais ?. In: ALMEIDA, A. M. O.; SANTOS, M. F. S.; TRINDADE, Z. A.. (Org.). **Teoria das representações sociais: 50 anos**. Brasília, DF: Technopolitic, 2011. p. 457-490.

AYRES, J.R.C.M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia, D., Freitas, C.M. (org). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 2a ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. p. 121-43.

CAMILO, E. J.M. Das especificidades estruturais das mensagens publicitárias: o conceito de gênero. In: **Ciências da Comunicação em congresso na Covilhã (III Sopcom, VI Lusocom e II Ibérico)**, 2004, Covilhã.

CANAVILHAS, J. **Webnotícia: proposta de modelo periodístico para la WWW**. Covilhã: Livros LabCom, 2008. p. 79-95

CASTELLS, M. Internet e sociedade em rede. In: MORAES, Dênis (Org.). **Por uma outra comunicação – mídia, mundialização cultural e poder**. Rio de Janeiro: Record, 2004. p. 255-288

_____. **Redes de indignação e esperança: movimentos sociais na era da internet**. São Paulo: Jorge Zahar, 2013.

CASTIEL, L. D.; VASCONCELLOS-SILVA, P. R. **Precariedade do excesso: informação e comunicação em saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

CHOU, W.; PRESTIN, A.; LYONS, A.; WEN, K. **Web 2.0 for Health Promotion: Reviewing the Current Evidence**. In: **American Journal of Public Health**. EUA, v. 103, n. 1, p. 9-18. 2013

COHEN, D.A, SCRIBNER, R.A, FARIEY, T. A. A structural model of health behavior: a pragmatic approach to explain and influence health behaviors at the population level. In: **Preventive medicine**, v. 30, n. 2, p. 146-154, 2000.

COMITÊ GESTOR DA INTERNET NO BRASIL – CGI.br. **Pesquisa sobre o uso das tecnologias de informação e comunicação nos estabelecimentos de saúde brasileiros – TIC Saúde 2013**. São Paulo: Comitê Gestor da Internet no Brasil, 2014.

CORCORAN N, (org). **Comunicação em saúde: estratégias para promoção da Saúde**. 1ª ed. São Paulo: Roca; c2011.

COUTINHO, C. P e CHAVES, J. H. O Estudo de Caso na investigação em Tecnologia Educativa em Portugal. In: **Revista Portuguesa de Educação**. Braga, v.15, n. 1, p. 221-243. 2002.

DRUETTA, D. C. Internet, a aposta na diversidade. Trad.: Jully Denise Rodrigues. Em: FRAGOSO, Suely; MALDONADO, Alberto Efendy (orgs.). **A Internet na América Latina**. São Leopoldo: Ed. Unisinos; Porto Alegre: Sulina, 2009. p.41-58

FERNANDEZ, A; OVIEDO, E. **e-Health in Latin America and the Caribbean: Progress and Challenges**. Santiago: Cepal, 2011.

FRAGOSO, S.; RECUERO R.; AMARAL, A. **Métodos de pesquisa para internet**. Porto Alegre: Sulina, 2012. p 27-52.

GOLD, Judy et al. A systematic examination of the use of online social networking sites for sexual health promotion. **BMC public health**, v. 11, n. 1, p. 583, 2011.

HELDMAN, A. B.; SCHINDELAR, J. Social Media Engagement and Public Health Communication: Implications for Public Health Organizations Being Truly “Social”. **Public Health Reviews**, v. 35, n. 1. 2013.

JENKINS, H. Cultura da Convergência. 2ª ed. São Paulo: Editora Aleph, 2009.

KORDA, H.; ITANI, Z. Harnessing social media for health promotion and behavior change. **Health promotion practice**, v. 14, n. 1, p. 15-23, 2013

MACHADO, I. Gêneros digitais e suas fronteiras na cultura tecnológica. **Revista Educação & Tecnologia**, n. 6, 2011.

MARTÍN-BARBERO, J. Tecnicidades, identidades, alteridades: mudanças e opacidades da comunicação no novo século. In: MORAES, Dênis de (Org.). **A sociedade midiaticizada**. Rio de Janeiro: Mauad, 2006. p 51-79.

MENDONÇA, A.V.M. O Processo de comunicação e a criação de conteúdos gerenciais nos serviços de atenção à saúde. Salvador: EDUFBA/ Rio de Janeiro: Fiocruz. No prelo 2014.

NEIGER, B. L. et al. Evaluating Social Media’s Capacity to Develop Engaged Audiences in Health Promotion Settings Use of Twitter Metrics as a Case Study. **Health promotion practice**, v. 14, n. 2, p. 157-162, 2013.

O'REILLY, T. What is Web 2.0: Design patterns and business models for the next generation of software. **Communications and Strategies**, v. 65, n. 1, p. 17-37, 2007.

RANGEL-S, M. L. Comunicação no controle de risco à saúde e segurança na sociedade contemporânea: uma abordagem interdisciplinar. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 12, n. 5. 2007.

RECUERO, R. **Redes Sociais na Internet**. Porto Alegre: Sulina, 2010. p. 16-22

_____. A rede é a mensagem: Efeitos da Difusão de Informações nos Sites de Rede Social. **Lo que McLuhan no previu. 1ed. Buenos Aires: Editorial La Crujía**, v. 1, p. 205-223. 2012.

RONCHI, E.; SENNE, F. Melhores sistemas de medição são cruciais para concretizar todo o potencial das TIC no setor de saúde. In: Comitê Gestor da Internet no Brasil – CGI.br. **Pesquisa sobre o uso das tecnologias de informação e comunicação nos estabelecimentos de saúde brasileiros – TIC Saúde 2013**. São Paulo: Comitê Gestor da Internet no Brasil, 2014. p. 59-66

VIEIRA, A. C. G. O projeto cartão nacional de saúde e a construção de e-saúde para o Brasil. In: In: Comitê Gestor da Internet no Brasil – CGI.br. **Pesquisa sobre o uso das tecnologias de informação e comunicação nos estabelecimentos de saúde brasileiros – TIC Saúde 2013**. São Paulo: Comitê Gestor da Internet no Brasil, 2014. p. 31-44

4.2. ARTIGO 2. CONTEÚDOS PROMOTORES DE SAÚDE NO *FACEBOOK* DOS MINISTÉRIOS DA SAÚDE DO BRASIL E DO PERU

RESUMO

Este artigo tem por propósito identificar conteúdos promotores de saúde divulgados em mídias sociais, em particular um estudo de caso do uso do *Facebook* pelos Ministérios da Saúde do Brasil e do Peru, que analisou os conteúdos de 105 publicações referentes à campanha do Dia Mundial de Luta contra AIDS, de novembro de 2013 a fevereiro de 2014 publicados nas páginas *Facebook* dos casos estudados. As mensagens foram analisadas seguindo categorias baseadas nas ações de promoção da saúde, enfocando os comportamentos individuais e os fatores estruturais relacionados com a determinação da saúde. Nos dois casos identificou-se a prevalência de mensagens de conteúdo com enfoque individual, voltado para mudança ou adoção de comportamentos relacionados à prevenção e detecção de casos de HIV. Também foram identificadas mensagens com enfoque estrutural, que abordavam ampliação dos investimentos e do acesso ao tratamento de AIDS ou a realização de eventos de mobilização. Estas mensagens prevaleceram em 31% dos conteúdos do caso brasileiro e 38% no caso peruano. Já as mensagens de conteúdo híbrido, que incluíam conteúdos tanto individuais quanto estruturais, apareceram em menor proporção em 19% das publicações brasileiras e 16% das peruanas. Conclui-se que apesar de prevalecerem as publicações de abordagem individual, foram identificados conteúdos promotores de saúde nas mensagens de caráter híbrido nos dois casos estudados.

Palavras chave: Comunicação em Saúde; Mídias Sociais; Promoção da Saúde; AIDS;

INTRODUÇÃO

A promoção da saúde configura-se como uma proposta de política pública mundial a partir de uma visão contemporânea da saúde disseminada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e conferências de Alma-Ata e Ottawa. Neste contexto a saúde passa a ser encarada sob uma ótica mais holística, como uma importante dimensão da qualidade de vida e um recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal. A promoção da saúde apresenta-se como uma estratégia de mediação entre as pessoas e seu ambiente, combinando escolhas individuais como responsabilidade social pela saúde (1, 2, 3, 4).

A saúde é um conceito dinâmico, controverso e construído socialmente, o mesmo se aplica a promoção da saúde. Seu conceito também é preconcebido, a partir do reconhecimento social do que é estar doente ou saudável e do significado da qualidade de vida (3). Apesar dessa multiplicidade conceitual, de acordo com Sutherland e Fulton⁸, em 1992, podemos reunir a promoção da saúde em duas grandes concepções: uma orientada para o estilo de vida e outra baseada em fatores gerais de determinação da saúde (2).

A primeira tem origem na intervenção clínica e no paradigma biomédico, enfatiza a transformação dos comportamentos individuais, com foco nos fatores de riscos para o adoecimento ou de benefício para uma vida saudável. Neste caso, os programas ou atividades de promoção da saúde tendem a se concentrar em intervenções nesses fatores que se encontrariam sob o controle do próprio indivíduo (5,6,7).

Já o conceito de promoção baseado na determinação da saúde faz contraponto com o modelo biomédico e incorpora uma visão social, de que a saúde não é estática, biologicamente definida, mas dinâmica, socialmente produzida, a partir de fatores estruturais relacionados com a qualidade de vida. Nesta concepção, voltada a questões estruturais, as atividades de promoção da saúde estariam centradas em políticas públicas, na produção de

⁸Sutherland RW & Fulton MJ, Health Care in Canada. Ottawa: CPHA, 1992. Capítulo, Health Promotion; p. 161-181 apud (2)

ambientes favoráveis à saúde e na capacidade dos indivíduos e das comunidades de agirem sobre os fatores de determinação da saúde (1, 3, 4).

Também é perceptível essa dicotomia conceitual, entre os fatores individuais e os estruturais e sua influência sobre concepção das ações de promoção da saúde. No caso da AIDS essa dicotomia se materializa na discussão dos conceitos de risco e vulnerabilidade. Esta, por sua vez, tem procurado ampliar o plano individual do risco para o plano das suscetibilidades socialmente produzidas (8).

Comunicação: componente para Promoção da saúde

O campo da comunicação em saúde tem assumido um importante papel como um dos componentes dos sistemas de saúde, de suas políticas e programas. A OMS vê a comunicação como uma estratégia fundamental para informar o público sobre questões relativas à saúde e manter os temas importantes de saúde na agenda pública (9). A importância da comunicação para saúde também é reconhecida nos diversos documentos produzidos pelas conferências internacionais. Neles a comunicação aparece como um dos vários elementos do contexto social que influenciam a promoção da saúde (10).

A comunicação em saúde é um termo amplo utilizado para se referir a uma variedade de utilizações da comunicação em diferentes níveis sociais e relacionais e com distintos objetivos ou finalidades. Ela pode ser usada para explicar o uso e influência dos meios de comunicação e outras tecnologias na saúde; ou como um componente para divulgar conteúdos sobre a saúde. Pode ser uma estratégia para mudar comportamentos, educar ou fazer circular informações sobre saúde. Pode ser um processo essencial ao debate público sobre saúde ou uma estratégia para ampliação da participação do cidadão na política pública. (11, 9, 12,13).

Assim como ocorre com a Promoção da Saúde, a Comunicação quando relacionada com a saúde, assume linhas teóricas distintas, sendo que em algumas dessas abordagens encontram pontos de intersecção com as dimensões conceituais predominantes sobre

Promoção da Saúde apresentadas anteriormente. Conforme destacado por Schiavo (11) existem vários conceitos de comunicação em saúde, porém essas definições destacam o papel que a comunicação pode desempenhar para influenciar e apoiar indivíduos ou grupos, para adotar uma prática comportamental ou uma mudança social que pode intervir nos resultados de saúde.

O desenvolvimento de estratégias de comunicação para divulgação de informações e mobilização da população em torno de ações de promoção da saúde tem sido considerado um componente importante por parte dos governos e dos organismos internacionais em ações desenvolvidas nos programas voltados a qualidade de vida e promoção de hábitos saudáveis (10,12). Relacionando com a Promoção da Saúde, a Comunicação serviria tanto como ferramenta para mudança e/ou adoção de comportamentos de saúde no nível individual; como mecanismo de mobilização social e intervenção institucional em questões estruturais que determinam à saúde.

Segundo Corcoran (14) “a promoção da saúde ocorre no âmbito da comunicação”. Ela diz ainda no que se refere às teorias e modelos sobre mudança do comportamento humano, a promoção de saúde deve compreender as razões e mecanismos da mudança de comportamento e em que ponto da intervenção é melhor direcionar a mensagem (14).

A comunicação em saúde para mudança de comportamentos é apontada por alguns autores (9,12) como sendo o modelo de comunicação hegemônica e “*que orienta elejercicioactual de comunicaci3n institucional sobre estilos de vida saludable sem gran parte de los pa3ses de Am3rica Latina y del mundo*” (9).

O debate crítico sobre esse modelo hegemônico vem impulsionando o desenvolvimento, principalmente na Am3rica Latina, de modelos alternativos de comunica3o, onde sobressai o fator de media3o social para melhoria da sa3de, como um conceito que reconhece a natureza dial3gica dos processos de comunica3o e o acesso a

informações sobre saúde como um direito. Neste caso a comunicação é vista como um elemento constituinte da circulação, expressão e compreensão das diferentes realidades e contexto que influenciam a saúde, possibilitando que indivíduos e comunidades possam ter mais autonomia sobre sua saúde e também ampliem sua participação nas intervenções e políticas públicas de saúde (9,12,13).

TIC um novo caminho para promoção da saúde?

A sociedade em rede de Castells (15) promove uma nova forma de sociabilidade, intrinsecamente relacionada as transformações promovidas pelo uso das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC), diretamente ligadas à criação da internet, e que introduziu novas formas de percepção e linguagem e de circulação e difusão de saberes. Nesse contexto, interessa-nos compreender como as mídias sociais, como o *Facebook*, *Twitter* ou *Youtube* influenciam na divulgação de informações sobre saúde, especificamente as mensagens produzidas pelas instituições governamentais.

As mídias sociais, assim como outras TIC, poderiam trazer vantagens sobre os canais tradicionais de mídia. Pois além da possibilidade de uma comunicação direta do governo com o cidadão, sendo uma alternativa a comunicação pautada pela mídia de massa (16), as mídias sociais permitiriam a adaptação das mensagens às capacidades individuais, ao estilo de linguagem, ao grupo social, aos níveis de aprendizado, crenças e outras variáveis que impactam no comportamento (14).

As possibilidades das mídias sociais para saúde foi objeto de revisão sistemática (17) que identificou 514 estudos publicados em língua inglesa que abordavam o impacto da Web 2.0 sobre a saúde. Este estudo concluiu que as mídias sociais podem ampliar o alcance das mensagens de saúde para um público mais vasto, com destaque para a possibilidade de métodos e abordagens inovadoras para avaliação da divulgação, exposição, engajamento e eficácia de mensagens sobre saúde nessas mídias.

METODOLOGIA

A partir do estudo de caso do uso do *Facebook* pelos Ministérios da Saúde de países sul-americanos e análise de conteúdo das mensagens publicadas buscou-se identificar conteúdos promotores de saúde nas mensagens sobre o Dia Mundial de Luta contra AIDS veiculadas nesta mídia social. O estudo de caso é a estratégia de investigação empírica mais adequada quando queremos saber o “como” e o “por que” de acontecimentos contemporâneos ou na pesquisa exploratória de fenômenos pouco investigados (18,19), neste caso o *Facebook*.

A observação participante e o diário de campo foram utilizados como técnica, tendo como base aspectos de etnografia virtual. É importante ressaltar que esta pesquisa não pretendia realizar um estudo etnográfico, porém buscou-se inspiração em seus conceitos para guiar as observações e os achados no campo virtual (20, 21). Eleger o *Facebook* para o estudo de caso reside na popularidade desta mídia. Em 2013 o *Facebook* atingiu 1,23 bilhão de usuários ativos (22).

A primeira fase do estudo, de caráter exploratório, se deu no período de 19 de nov a 19 de dez de 2013, com a coleta das publicações sobre o Dia Mundial de Luta contra AIDS, comemorado no dia 1º de dez e publicadas na página do *Facebook* dos Ministérios da Saúde do Brasil, Chile, Colômbia e Peru, e que fossem de autoria própria.

O recorte na campanha do Dia Mundial de Luta Contra AIDS se deu pela necessidade de se eleger um marco de ação comum, período e assunto coincidentes, para divulgação de conteúdos ou campanhas de saúde pelos Ministérios da Saúde dos casos estudados, o que permitiria a comparação. O monitoramento se iniciou no dia 19 de nov, data da primeira publicação da campanha do Ministério da Saúde do Peru.

Os países incluídos na fase exploratória da pesquisa foram escolhidos por serem sul-americanos e estarem no escopo de países pesquisados pela fase II do Projeto “Da política institucional aos processos do cuidar: estudos comparados sobre as práticas de promoção da

saúde nas equipes da estratégia saúde da família no Brasil e seus similares em outros países”. Pesquisa desenvolvida pelo Núcleo de Estudos em Saúde Pública da Universidade de Brasília, que tem entre seus objetivos sistematizar e analisar as práticas de comunicação e promoção da saúde desenvolvidas no Brasil e em outros 15 países. Objetivo no qual se insere esta pesquisa, originalmente aprovada pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília sob número 084/12.

Coleta de Dados

A fase exploratória teve por objetivo identificar os casos típicos para proceder nova coleta. Foram consideradas as páginas do *Facebook* que tivessem maior frequência de publicações (Figura 1). A partir desse critério foram excluídas as páginas do Chile e da Colômbia.

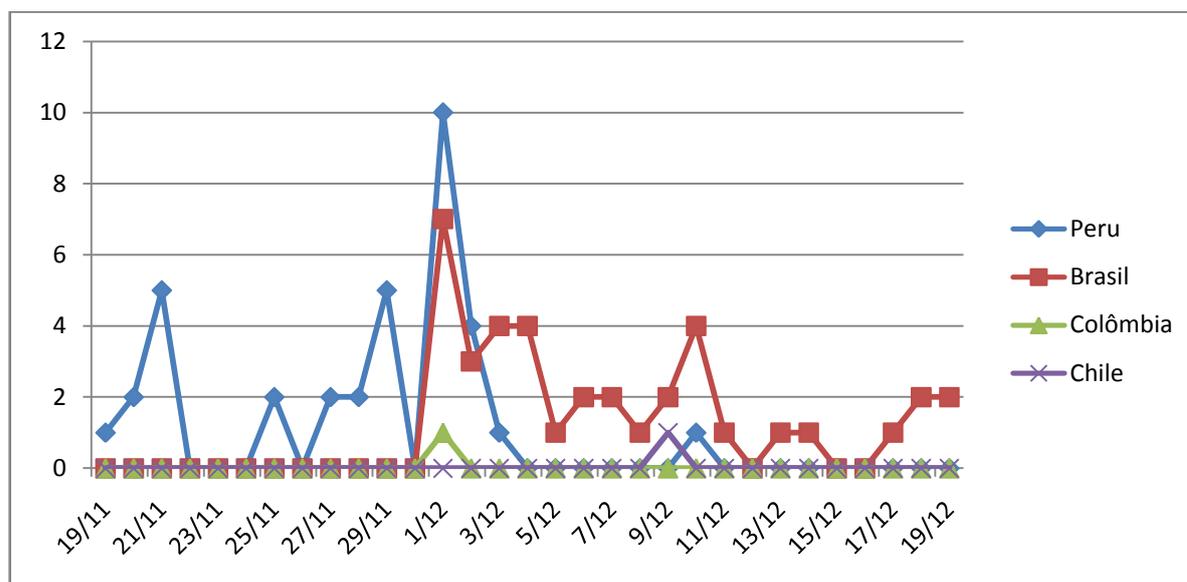


Figura 1. Frequência de publicações sobre o Dia Mundial de Luta Contra AIDS nas páginas do *facebook* dos Ministérios da Saúde do Peru, Brasil, Colômbia e Chile

A segunda fase de coleta, agora apenas dos casos típicos (Brasil e Peru), ocorreu de 19 de dez de 2013 a 13 de fev de 2014. O critério para delimitação desse período de coleta se deu pela exaustividade, quando não foram mais identificadas publicações referentes à campanha

nas páginas do *Facebook* dos países estudados. No caso do Peru, o último registro de publicação se deu no dia 10 de dez de 2013. No caso brasileiro, no dia 13 de fev de 2014. Com o fim da coleta, foi realizada a análise de conteúdo de 105 mensagens referentes à campanha do Dia Mundial de Luta Contra AIDS, sendo 37 do Peru e 68 do Brasil.

Para análise do conteúdo das mensagens foram estabelecidas três categorias dedutivas relacionadas ao tipo de abordagem: individual, estrutural ou híbrida (individual e estrutural). Conforme a categorização de Cohen et al. (23), as intervenções de saúde segundo o tipo de abordagem ocorrem como **Individual**, que busca influenciar ou mudar atitudes, crenças, valores, conhecimento ou habilidades que impactam na saúde. **Estrutural** que intervém ou altera condições que estão além do controle individual, como a adaptação de ambientes ou melhoria no acesso aos serviços de saúde. Entende-se que essa classificação se adéqua aos conceitos de promoção da saúde predominantes: um voltado para ações de mudança de comportamentos individuais e o outro centrado nos determinantes sociais de saúde. Bem como ao conceito de vulnerabilidade que vem sendo utilizado no contexto das propostas de promoção da saúde para a AIDS (4).

Especificamente sobre a influencia da mídia, o estudo de Cohen et al. (23) identificou que esta opera de forma **híbrida**, agindo tanto no nível individual como no estrutural, quando se busca a mudança de atitudes relacionadas à saúde.

Além do tipo de abordagem, identificou-se a presença de formadores de opinião nas mensagens analisadas. Segundo modelo proposto por Renaud et. al. (24) que analisa como a mídia atua na construção de normas sociais sobre saúde e como os agentes formadores de opinião desempenham um papel importante no ciclo de vida das normas sociais de saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

No estudo observou-se uma predominância de conteúdos de abordagem individual. No caso peruano, das 37 mensagens analisadas 17 (46%) tinham conteúdos que destacavam ações

individuais. Sendo que a maior destas era para estimular a realização do teste para detecção do HIV e trazia o *slogan* da campanha peruana *Hazte La prueba de VIH, esmejor saber*. Além de vincular a realização do teste à ideia de “tirar a dúvida” e à possibilidade de receber o tratamento adequado para AIDS, as mensagens também relacionavam a realização do teste com ações de prevenção, principalmente que estimulavam o uso de preservativos, mas também que mencionavam outras modalidades de prevenção como as formas de contágio do HIV, a busca por informação e o adiamento da primeira relação sexual. Parte das mensagens eram direcionadas aos jovens.

No caso brasileiro também prevaleceram as mensagens individuais. Estas representaram 50% das 68 mensagens publicadas na página do *Facebook* do Ministério da Saúde do Brasil e estimulavam a realização do teste de HIV, que assim como no caso peruano, foi o tema da campanha do Dia Mundial de Luta contra AIDS, com o *slogan* “Para Viver Melhor, é Preciso Saber. #Façaoteste”.

As mensagens dessa categoria também vinculavam a ideia de “tirar a dúvida” a possibilidade de receber o tratamento de AIDS. Porém, diferente do caso peruano, as mensagens coletadas não relacionavam a realização do teste com ações de prevenção, mas sim de proteção da saúde, com a possibilidade do doente de AIDS ter uma melhor qualidade de vida ao iniciar o tratamento. Ainda que em menor incidência, a prevenção apareceu nas mensagens que relacionavam o teste com os atributos do método como de ser “rápido”, “gratuito” e “sigiloso” e também as que vinculavam a AIDS a grupos de jovens e gestantes. No entanto, em outras mensagens, o conceito de grupo de risco foi substituído pelo de comportamento de risco, como nas mensagens que destacavam que qualquer pessoa sexualmente ativa que fez sexo sem preservativos teria chances de ter o HIV.

A adoção do enfoque de comportamento de risco para AIDS foi uma resposta à inadequação do uso do conceito de grupo de risco, geralmente de abordagem punitiva e

estigmatizante. O conceito de comportamento de risco buscou universalizar a preocupação com o controle do HIV, a partir do estabelecimento de práticas seguras de prevenção à infecção. Apesar de mais abrangente, este conceito também sofreu críticas, pois manteve as ações de prevenção focadas nas condutas, hábitos e práticas sexuais dos indivíduos (8,4).

Ainda que a promoção da saúde também se utilize de estratégias para mudança de comportamentos, nos casos analisados estas mensagens tendem muito mais a uma abordagem de cunho preventivo. É esperado que uma campanha de AIDS tenha como foco informar sobre ações de prevenção, já que uso do instrumental epidemiológico, baseado em condições mensuráveis de causas e distribuição populacional da infecção mostrou-se e mostra-se de fundamental importância nas intervenções orientadas a evitar o surgimento ou aumento de doenças, como a AIDS (8). Sendo que esta prática é o que essencialmente define o conceito de prevenção (4).

Por outro lado, focar apenas nos grupos ou comportamentos de risco acaba por direcionar o trabalho de prevenção e tratamento da AIDS a ótica individualista e, por vezes, culpabilizante de que o contágio e o adoecimento são frutos apenas da adoção ou abandono de um comportamento por parte do indivíduo. Como destacado por Ayres et al (8) a AIDS não é necessariamente resultado do binômio 'informação-vontade', mas integra outras dimensões, incluindo também o contexto social e de organização institucional.

Obermeyer e Osborn (25), a partir de evidências reunidas em vários estudos sobre a testagem de HIV, apontam para uma multiplicidade de fatores que influenciam na decisão de realizar o teste. Muitos ligados a questões de percepções e atitudes individuais em relação ao teste, mas também relacionados às consequências sociais da doença, como a perda do emprego, a discriminação e a violência. Como também a fatores da estrutura dos serviços, como a dificuldade de acesso e a qualidade do atendimento (25).

Assim apesar de prevalecerem as publicações de abordagem individual, a presença de mensagens de abordagem estrutural trouxe conteúdos relacionados a outras dimensões, que também auxiliam na percepção das suscetibilidades relacionadas ao HIV/AIDS e dos recursos disponíveis para seu enfrentamento.

No caso brasileiro, 21 (31%) das mensagens publicadas possuíam conteúdo de abordagem estrutural. Estas mostraram as medidas adotadas pelo governo brasileiro para o tratamento da AIDS, destacando principalmente a ampliação do acesso aos medicamentos antirretrovirais para todos os soropositivos. Outras ações governamentais como o aumento dos recursos investidos, o número dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) de HIV e a distribuição de preservativos de forma gratuita também foram destacadas. Já os conteúdos híbridos, que abordavam tanto ações individuais quanto estruturais, foram identificados em 13 (19%) das mensagens analisadas. Estas publicações buscaram conjugar conteúdos que ao mesmo tempo incentivavam a adoção de um comportamento individual – fazer o teste de AIDS – forneciam informações de ordem estrutural, como os recursos disponibilizados pelo governo para o tratamento de HIV.

Já no caso peruano o conteúdo do tipo estrutural apareceu em 14 (38%) das mensagens veiculadas na página do *Facebook*, as quais se concentraram na divulgação de eventos alusivos ao Dia Mundial de Combate a AIDS realizados pelo Ministério da Saúde. O primeiro deles, que abriu as atividades e a divulgação da campanha peruana no dia 19 de novembro, foi um *Flashmob* com a participação de jovens de uma organização social que fizeram uma coreografia formando o laço vermelho (o *Flashmob* é uma aglomeração instantânea de pessoas em um local público para realizar uma ação sincronizada e previamente organizada via internet). Outro foi um pré-lançamento da campanha que reuniu autoridades de saúde, ativistas e artistas, e o último foi o evento no dia 1º de dezembro, que incluiu shows, distribuição de material informativo e a realização de teste de HIV gratuitamente.

Estes conteúdos foram considerados estruturais, por possuírem elementos de influencia no processo de percepção social de comportamentos de saúde (24), como a divulgação da mobilização social em torno dos eventos comemorativos do Dia Mundial de Luta contra AIDS. Ainda no caso peruano, foram identificadas apenas seis (16%) publicações híbridas. Nesta categoria todas as mensagens relacionavam a realização do teste aos eventos de mobilização promovidos pelo governo em comemoração ao Dia Mundial de Luta Contra a AIDS.

A aprovação/recomendação de comportamentos preventivos por parte das pessoas presente nos eventos, como no caso peruano, pode acionar ou reforçar a percepção sobre comportamentos de saúde. Principalmente quando essa recomendação é feita por artistas, celebridades ou especialistas. Já que estes agentes formadores de opinião têm a capacidade, a partir da exposição de seu comportamento, de influenciar no processo de percepção social sobre as normas de saúde (24). Tanto o Brasil quanto o Peru utilizaram esse recurso de reforço. As mensagens que tinham imagem ou depoimento de formadores de opinião representaram 18% do total de mensagens veiculadas na página do *Facebook* do caso brasileiro, enquanto no peruano eram 27% do total.

Conteúdos promotores de saúde

A conclusão trazida por diversos autores (4,6,8,14,23,24) de que as possibilidades de mudanças de comportamentos e práticas relacionadas à saúde ou à doença não dependem apenas da vontade individual, mas também de intervenções de ordem estrutural, seja no âmbito social ou institucional, faz emergir a proposta de que as ações de comunicação promotoras de saúde também incorporem essas dimensões.

Nesse sentido, para os casos estudados, os conteúdos classificados como de abordagem híbrida (23) se aproximariam de conteúdos promotores de saúde. Pois ao conjugar abordagens individuais e estruturais estas mensagens forneceriam potencialmente mais

subsídios para ampliar a percepção e compreensão sobre os diversos fatores que influenciam na suscetibilidade do indivíduo à AIDS e, conseqüentemente, na decisão de fazer o teste. Já que, conforme identificado em estudos sobre testagem de HIV, os elementos que permeiam a mudança de comportamento e a decisão de fazer o teste se articulam em uma teia formada por fatores de dimensão individual, social e programática (26)

Embora se tenha identificado conteúdos promotores de saúde nos casos estudados, as campanhas analisadas ainda assumem uma abordagem fragmentada, que ora traz mensagens centradas no indivíduo ora em ações institucionais, e ainda um pouco articulada com marcadores sociais como identidade sexual, posição socioeconômica, escolaridade e questões de gênero. Essa é a mesma tendência percebida nos estudos que avaliam a testagem anti-HIV como estratégia preventiva (25, 26), cujo foco de abordagem é centrado na investigação de aspectos individuais - como a aferição da percepção de risco - ou em fatores institucionais - acesso ao serviço, confidencialidade e tempo de entrega do resultado - e desarticulada da investigação de fatores de dimensão social (26).

Recomenda-se introduzir e ampliar a utilização de conteúdos promotores de saúde nas ações de comunicação voltadas para AIDS, bem como a realização de novos estudos a fim de identificar se conteúdos promotores de saúde também estariam presentes em conteúdos veículos em outras mídias, além das mídias sociais.

REFERÊNCIAS

1. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciênc. saúde coletiva*. 2000; 5(1):163-177.
2. Buss PM. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM. (org). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. 2a ed. Rio de Janeiro (RJ): Editora Fiocruz; 2009; p. 1-47
3. Rabello LS. *Promoção da saúde: a construção social de um conceito em perspectiva comparada*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2013.

4. Czeresnia D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: Czeresnia D, Freitas CM. (org). Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências. 2a ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009; p.39-53.
5. Carvalho SR. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. Ciênc. saúde coletiva. 2004 Set; 9(3): 669-678.
6. Stotz E N, Araujo JW G. Promoção da saúde e cultura política: a reconstrução do consenso. Saúde soc. 2004 Ago; 13(2): 5-19.
7. Furtado M, Szapiro A. Promoção da saúde e seu alcance biopolítico: o discurso sanitário da sociedade contemporânea. Saúde soc. 2012; 21(4); p. 811-21.
8. Ayres JRCM. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM. (org). Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. 2a ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009; p. 121-43.
9. Rojas-Rajs S, Soto EJ. Comunicación para la salud y estilos de vida saludables: aportes para la reflexión desde la salud colectiva. Interface (Botucatu). 2013; 17(46); p. 587-99.
10. Ferreira ASF. Análise dos processos de comunicação nas práticas dos Agentes Comunitários de Saúde no Distrito Federal [dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde; 2012.
11. Schiavo R. Health communication: from theory to practice. 1a ed. San Francisco: Jossey-Bass, 2007.
12. Araújo IS, Cardoso JM. Comunicação em saúde. In: Pereira IB, Lima JCF, org. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. 2a ed. Rio de Janeiro (RJ): EPSJV/Fiocruz, 2009; p. 94-103.
13. Mendonça AVM. O Processo de comunicação e a criação de conteúdos gerenciais nos serviços de atenção à saúde. Salvador: EDUFBA/ Rio de Janeiro: Fiocruz. No prelo 2014.
14. Corcoran N, (org). Comunicação em saúde: estratégias para promoção da Saúde. 1ª ed. São Paulo: Roca; c2011.
15. Castells M. Internet e sociedade em rede. In: Moraes D.(org). Por uma outra comunicação – mídia, mundialização cultural e poder. Rio de Janeiro: Record; 2004; p.255-88
16. Liedtke PF. Governando com a mídia: duplo agendamento e enquadramento no Governo Lula (2003-2006) [tese]. Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política, Universidade Federal de Santa Catarina; 2006.

17. Chou WS, Prestin A, Lyons C, Wen K. Web 2.0 health promotion: reviewing the current evidence. *Am J Public Health*. 2013; 103(1); p. 9-18.
18. Coutinho CP, Chaves JH. O estudo de caso na investigação em tecnologia educativa em Portugal. *Revista Portuguesa de Educação*. 2002; 15 (1); p. 221-43.
19. Alves-mazzotti AJ. Usos e abusos dos estudos de caso. *Cad Pesq*. 2006; 36(129); p. 637-51.
20. Noveli M. Do off-line para o online: a netnografia como um método de pesquisa ou o que pode acontecer quando tentamos levar a etnografia para a internet? *Organizações em Contexto*. 2010 jun-dez; 6 (12); p. 107-33
21. Fragoso S, Recuero R, Amaral A. *Métodos de pesquisa para internet*. 1a ed. Porto Alegre (RS): Sulina; 2011.
22. Facebook, INC. Annual report on form 10-k. [acesso em 2014 maio 10] Menlo Park (CA): Facebook, INC. [Disponível em http://files.shareholder.com/downloads/AMDNAJ5DZ/3039578944x0x741493/EDBA9462-3E5E-4711-B0B4DFE9B541222/FB_AR_33501_FINAL.pdf]

5. CONCLUSÃO

Quando surge uma nova tecnologia, geralmente com ela vêm previsões das mais otimistas às mais apocalípticas do que o novo poderá trazer enquanto potência de mudança na sociedade, na forma de ver e viver o mundo. Com a internet não foi e não é diferente, promessas de liberdade irrestrita e democrática de acesso à informação até premonições do desaparecimento do livro e do papel foram feitas. Deste e então muito foi dito, ouvido e pesquisado sobre as potencialidades do que essa inovação, sem precedentes no mundo das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) pelo menos até agora, traria para nós indivíduos e nossa forma de viver em sociedade.

Na saúde a popularização e o crescimento do uso das TIC trouxe de fato muitas promessas, no caso específico da promoção da saúde e das mídias sociais estes sites de rede social como *Facebook*, oferecem em suas potencialidades interativas um campo promissor para o desenvolvimento e mobilização em torno de ações de promoção da saúde. Talvez estivesse aí, no caráter participativo da mídia social, a chave para a efetividade das ações de comunicação voltadas para adoção de práticas e comportamentos saudáveis. Porém o que podemos observar inicialmente neste estudo foi a ampliação da presença de instituições governamentais, como Ministérios da Saúde, nas mídias sociais.

Todos estão na rede, dos países investigados na fase exploratória Chile, Colômbia e Venezuela, aos casos que foram objetos desse estudo, Brasil e Peru. Todos marcam a sua presença no *Facebook*, surpreendendo ainda muitos que questionam incrédulos: mas o Ministério da Saúde tem *Facebook*?

Buscar justamente entender o que fazem e como se comunicam nessa mídia social, considerada a maior em número usuários em todo mundo, foi uma das motivações dessa pesquisa. O interesse era saber se a natureza dialógica, interativa e participativa das mídias sociais possibilita uma nova prática de comunicação para promoção da saúde? E também se havia intencionalidade promotora da saúde nos conteúdos produzidos pelo Ministério da Saúde e veiculados no *Facebook*?

Identificado, pelo menos nos casos estudados, que a simples presença dos ministérios da saúde nas mídias sociais não propiciaram novas práticas de promoção da saúde, principalmente as relacionadas a democratização do espaço público virtualizado, oportunizando a emissores emergentes que também falam

sobre AIDS – portadores do HIV, ONGs, familiares e grupos vulneráveis – ter ampliada sua participação no processo de comunicação em rede. Podemos afirmar que o estudo nos possibilitou a reflexão crítica sobre a comunicação em saúde e a produção de conteúdos em tempos de mídias sociais.

Principalmente sobre a hipótese de que ao estar na mídia social, necessariamente, o emissor, no caso os Ministérios da Saúde do Brasil e do Peru, passariam a adotar práticas mais dialógica na produção de conteúdos. É o dialogo justamente o que se busca no caso da promoção da saúde, pois acreditamos que é pela comunicação facilitadora da circulação de saberes que percebe contextos e, não pela simples presença na mídia social, que se favorece a construção de conhecimento.

No entanto, o que prevaleceu foram velhas práticas com novas roupagens, já que nos dois casos, identificou-se uma prevalência de publicações unidirecionais, de fonte única e voltadas para comunicação do risco. Sendo que as práticas que buscavam interação, quando utilizadas visavam, predominantemente, aumentar a centralidade dos Ministérios da Saúde como emissor de informações sobre HIV/AIDS e definidor das práticas preventivas e comportamentos preventivos a serem adotados em relação à AIDS

Embora ainda que prevalecessem as publicações voltadas para comunicação do risco individual e para mudança de comportamentos, identificaram-se conteúdos considerados promotores de saúde, entre algumas das mensagens da campanha do Dia Mundial de Luta contra a AIDS nos dois casos estudados.

Estes estavam presentes nas mensagens que conjugaram abordagens individuais e estruturais sobre a prevenção e tratamento de AIDS na mesma publicação. Informações que forneceriam potencialmente mais subsídios para ampliar a percepção e compreensão sobre os diversos fatores que influenciam na vulnerabilidade do indivíduo à AIDS e, conseqüentemente na decisão de fazer o teste, objetivo fim das duas campanhas cujos conteúdos foram analisados.

A saúde também é construída com componentes institucionais e sociais, fora da decisão do individuo, e que influenciam diretamente nos comportamentos relacionados à saúde, os quais também dependem de fatores de ordem estrutural para serem adotados. Por tanto as ações de comunicação promotoras de saúde também incorporaram essa visão.

Entre os achados mais relevantes em cada caso, no brasileiro a frequência de resposta aos usuários foi uma prática que merece destaque. Justamente pela possibilidade de estimular uma cultura participativa na mídia social. Porém, tanto a frequência de comentários, quanto a prática de incentivo à utilização dos recursos de interatividade disponíveis no *Facebook* devem ser relativizadas. Pois quando confrontamos estas com a forma de difusão da informação nas mídias sociais, feita por meio das conexões e interações e ampliada pelas práticas que classificamos como de autoreferência - distribuição por meio de hiperlinks de conteúdos próprios produzidos em outras mídias - percebe-se que os recursos dialógicos próprios da mídia social estão sendo utilizados para melhorar a performance de difusão das informações e reforçar a credibilidade do ministério, no espaço público virtualizado, como fonte principal de informação qualificadas sobre AIDS.

Ao chamar a atenção para a relatividade da utilização das funções interativas do *Facebook*, não estamos dizendo que buscar estratégias para reforçar e amplificar a difusão de informações nestas e em outras mídias não seja uma função da comunicação institucional dos Ministérios da Saúde, já que estas são instituições que respondem pela política pública de saúde e por tanto, têm o dever de informar os cidadãos sobre possíveis agravos e riscos relacionados a doenças ou comportamentos, bem como sobre programas, ações e serviços de saúde oferecidos pelo Estado.

No entanto ao confrontarmos as práticas com os conteúdos prevalentes nas publicações analisadas percebemos que faltou ao Ministério da Saúde brasileiro, no caso estudado, aproveitar melhor a natureza participativa do *Facebook*, valorizando mais o processos de interação e participação, especialmente a produção de conteúdos pelos os usuários e a construção coletiva do conhecimento.

Como revelado nas análises dos conteúdos das mensagens publicadas, estas eram em sua maioria de abordagem fragmentada que hora traziam mensagens centradas no indivíduo, hora em ações institucionais e pouco articulada com marcadores sociais como identidade sexual, posição socioeconômica, escolaridade e questões de gênero que influenciam na decisão de fazer o teste. Contextos que poderiam ser mais explicitados por meio do estímulo à circulação dos entendimentos e visões dos membros da rede sobre AIDS e a testagem HIV.

Essa prática promotora de saúde ficou restrita apenas há uma única postagem, identificada no caso brasileiro que convidava os usuários a darem depoimentos sobre sua experiência em fazer o teste da AIDS.

Outro aspecto a ser ressaltado é que o nível de inserção na mídia social não se deu de forma sucessiva. Os casos estudados demonstraram que o nível de inserção não necessariamente é condição para o tipo de prática adotada na rede social. A constatação percebida no caso peruano explicita melhor esta conclusão, já que mesmo estando em um nível inicial de inserção na mídia social, ou seja, sem adotar práticas interativas e de conversação com a sua rede, este Ministério buscou estabelecer laços sociais *off-line* com seus seguidores, considerada prática de nível alto inserção, uma vez que buscou, por meio de divulgação de mensagens no *Facebook*, o engajamento direto do público em evento de mobilização para o Dia Mundial de Luta Contra AIDS e para testagem de HIV fora da mídia social.

Assim nos casos dois casos estudados, seja pela ausência de interação ou pela utilização desse recurso de forma a melhorar a difusão da informação, houve uma tendência ao reforço à centralidade do Ministério da Saúde como detentor dos saberes e práticas e por tanto, definidor dos comportamentos relacionados à prevenção do HIV e ao estilo de vida das pessoas que vivem com AIDS. Em nenhum dos casos foi identificado o compartilhamento de conteúdo produzido pelo usuário, ou seja, os Ministérios da Saúde não adotaram práticas colaborativas possibilitadas pela mídia social de fazer circular informações e discursos de outras fontes na sua própria rede e na de seus seguidores.

Contribuições para o campo

Por tratar-se de um estudo empírico que analisou práticas e conteúdos de mensagens de campanha de AIDS no *Facebook* as categorias identificadas através da observação participante, em dialogo com a literatura do campo da comunicação, das TIC e da Promoção da Saúde podem ser aplicadas em outros estudos da mesma natureza que procurem mapear práticas de comunicação em saúde nas mídias sociais, bem como na avaliação dos conteúdos divulgados por meio desses sítios.

Além disso, diante das restrições do objeto e também do tempo outras perspectivas sobre o tema do uso das mídias sociais e das suas possibilidades como plataformas de produção de práticas e conteúdos promotores de saúde podem ser investigadas. Sugerem-se pesquisas de recepção desses conteúdos com

membros das redes formadas a partir da mídia social. Além da própria análise dos conteúdos dos comentários publicados por usuários, como também estudos que utilizem o método de análise de redes sociais, principalmente os voltados para identificação do capital social produzido pelas instituições de saúde e sua influência na difusão de informação sobre saúde e sua promoção.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES-MAZZOTTI, A. J, CAMPOS, P. H. F. Cibercultura: uma nova era das representações sociais ?. In: ALMEIDA, A. M. O.; SANTOS, M. F. S.; TRINDADE, Z. A.. (Org.). **Teoria das representações sociais: 50 anos**. Brasília, DF: Technopolitic, 2011. p. 457- 490.

ALVES-MAZZOTTI, A. J. **Usos e abusos dos estudos de caso**. Cad Pesq. v. 36, n.129. p. 637-51. 2006.

AMARAL, A.; NATAL, G.; VIANA, L. Netnografia como aporte metodológico da pesquisa em comunicação digital. **Sessões do Imaginário**, v. 13, n. 20. p.1-12, 2008.

AMARAL, A; MONTARDO, S. Pesquisa em cibercultura e internet. Estudo exploratório comparativo da produção científica da área no Brasil e nos Estados Unidos. **Revista Conexão. Comunicação e Cultura**, v. 9, n. 18. p. 57-73, 2010.

ARAÚJO, I. Ligações estratégicas: comunicação, políticas públicas, intervenção social. In: MOTTA, L. G. et al (orgs.). **Estratégias e Culturas da Comunicação**. Brasília: UnB, 2002. p.211-232.

ARAÚJO, I.S; CARDOSO, J.M. Comunicação em saúde. In: Pereira, I.B, Lima J.C.F. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2a ed. Rio de Janeiro (RJ): EPSJV/Fiocruz, 2009; p. 94-103.

ARAÚJO, I.S; CARDOSO, J.M; MURTINHO, R. A comunicação no Sistema Único de Saúde: cenários e tendências. **Revista ALAIC**, n. 10. p. 104-115, 2011.

AYRES, J.R.C.M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia, D., Freitas, C.M. (org). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 2a ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. p. 121-43.

BAGRICHEVSKY, M. et al . Discursos sobre comportamento de risco à saúde e a moralização da vida cotidiana. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, June. p. 1473-1482. 2010.

BUSS, P.M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM. (org). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 2a ed. Rio de Janeiro (RJ): Editora Fiocruz; 2009. p. 1-47

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciênc. saúde col.** v.5, n. 1, p. 163-177, 2000.

CAMILO, E. J.M. Das especificidades estruturais da mensagens publicitárias: o conceito de gênero. In: **Ciências da Comunicação em congresso na Covilhã (III Sopcom, VI Lusocom e II Ibérico)**, 2004, Covilhã.

CANAVILHAS, J. **Webnoticia: proposta de modelo periodístico para la WWW**. Covilhã: Livros LabCom, 2008. p. 79-95

CARVALHO, S.R. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 9, n. 3, p. 669-678, 2004a.

CARVALHO, S.R. Os múltiplos sentidos da categoria "empowerment" no projeto de Promoção à Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p.1088-1095, 2004b.

CASTELLS, M. Castells, sobre Internet e Rebelião: "É só o começo" [entrevista]. São Paulo: Outras Palavras [internet], 2011, disponível em: <http://www.outraspalavras.net/2011/03/01/castells-sobre-internet-e-insurreicao-e-so-o-comeco>

CASTELLS, M. Internet e sociedade em rede. In: MORAES, Dênis (Org.). **Por uma outra comunicação – mídia, mundialização cultural e poder**. Rio de Janeiro: Record, 2004. p. 255-288.

CASTELLS, M. **Redes de indignação e esperança: movimentos sociais na era da internet**. São Paulo: Jorge Zahar, 2013.

CASTIEL, L. D.; VASCONCELLOS-SILVA, P. R. **Precariedade do excesso: informação e comunicação em saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

CASTIEL, LD. VASCONCELLOS-SILVA, PR. A interface internet/s@úde: perspectivas e desafios. **Interface (Botucatu)**. Botucatu, vol.7, n.13, p. 47-64, 2003.

CHOU, W.; PRESTIN, A.; LYONS, A.; WEN, K. **Web 2.0 for Health Promotion: Reviewing the Current Evidence**. In: **American Journal of Public Health**. v. 103, n. 1, p. 9-18, 2013.

COE, G. Comunicación en salud. Comunicación y promoción de la salud. **Chasqui Rev. Latino-am.Comunic**, v. 63, p. 1-5, 1998.

COHEN, D.A, SCRIBNER, R.A, FARIEY TA. A structural model of health behavior: a pragmatic approach to explain and influence health behaviors at the population level. **Preventive Medicine**, v. 30, n. 2, p. 146-54, 2013.

COMITÊ GESTOR DA INTERNET NO BRASIL – CGI.br. **Pesquisa sobre o uso das tecnologias de informação e comunicação nos estabelecimentos de saúde brasileiros – TIC Saúde 2013**. São Paulo: Comitê Gestor da Internet no Brasil, 2014.

CORCORAN N., (org). **Comunicação em saúde: estratégias para promoção da Saúde**. 1ª ed. São Paulo: Roca, c2011.

COUTINHO, C. P e CHAVES, J. H. O Estudo de Caso na investigação em Tecnologia Educativa em Portugal. In: **Revista Portuguesa de Educação**. Portugal, v. 15, n. 1, p. 221-243, 2002.

CZERESNIA D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: Czeresnia D, Freitas CM. (org). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências**. 2a ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009, p.39-53.

DRUETTA, D. C. Internet, a aposta na diversidade. Trad.: Jully Denise Rodrigues. Em: FRAGOSO, Suely; MALDONADO, Alberto Efendy (orgs.). **A Internet na América Latina**. São Leopoldo: Ed. Unisinos; Porto Alegre: Sulina, 2009, p.41-58.

FACEBOOK, INC. Annual report on form 10-k. [acesso em 2014 maio 10] Menlo Park (CA): Facebook, INC. [Disponível em <http://files.shareholder.com/downloads/>

[AMDANJ5DZ/3039578944x0x741493/EDBA9462-3E5E-4711-B0B4
1DFE9B541222/FB_AR_33501_FINAL.pdf](https://www.facebook.com/page_guidelines.php)

FACEBOOK, INC. Facebook.com. Dublin (Ireland): Facebook Ireland Ltda [atualizado em 2014 mar 15, acesso em 2014 maio 10]. Termos de Páginas do Facebook. Disponível em: https://www.facebook.com/page_guidelines.php

FERNANDEZ, A; OVIEDO, E. **e-Health in Latin America and the Caribbean: Progress and Challenges**. Santiago: Cepal, 2011.

FERREIRA, A.S.F. **Análise dos processos de comunicação nas práticas dos Agentes Comunitários de Saúde no Distrito Federal**. 2012. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade de Brasília, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. Brasília.

FRAGOSO, S.; RECUERO R.; AMARAL, A. **Métodos de pesquisa para internet**. Porto Alegre: Sulina, 2012.

FURTADO, M.; SZAPIRO, A. Promoção da saúde e seu alcance biopolítico: o discurso sanitário da sociedade contemporânea. **Saúde soc**, v. 21, n. 4, p. 811-82, 2012.

GOLD, J. et al. A systematic examination of the use of online social networking sites for sexual health promotion. **BMC public health**, v. 11, n. 1, 2011.

HELDMAN, A. B.; SCHINDELAR, J; Weaver, J.B. III. Social Media Engagement and Public Health Communication: Implications for Public Health Organizations Being Truly “Social”. **Public Health Reviews**, v. 35, n. 1, p. 1-18, 2013

JENKINS, H. **Cultura da Convergência**. 2ª ed. São Paulo: Editora Aleph, 2009.

KORDA, H.; ITANI, Z. Harnessing social media for health promotion and behavior change. **Health promotion practice**, v. 14, n. 1, p. 15-23, 2013.

LIEDTKE, P. F. **Governando com a mídia: duplo agendamento e enquadramento no Governo Lula (2003-2006)**. 2006. Tese [doutorado] – Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política, Santa Catarina.

MACHADO, I. Gêneros digitais e suas fronteiras na cultura tecnológica. **Revista Educação & Tecnologia**, n. 6. p. 117-128, maio, 2011.

MAIA, R. C M. **Mídia e diferentes dimensões da Accountability**. Revista da Associação Nacional dos Programas de Pós-Graduação em Comunicação. v. 7, p. 1-27, 2006.

MARTÍN-BARBERO, J. Tecnicidades, identidades, alteridades: mudanças e opacidades da comunicação no novo século. In: MORAES, Dênis de (Org.). **A sociedade midiaticizada**. Rio de Janeiro: Mauad, 2006. p 51-79.

MENDONÇA, A.V.M. O Processo de comunicação e a criação de conteúdos gerenciais nos serviços de atenção à saúde. Salvador: EDUFBA/ Rio de Janeiro: Fiocruz. No prelo 2014.

MENDONÇA, AVM. O processo de comunicação Todos-Todos e a produção de conteúdos: desafios à Gestão do Conhecimento. In: MOYA, J.; SANTOS, ME.;

MENDONÇA, AVM. (Org.) **Gestão do Conhecimento em Saúde no Brasil: avanços e perspectivas**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2009.

MINAYO, M. C. de S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 24. ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política de Atuação em Redes Sociais do Ministério da Saúde, Secretarias e Órgãos Vinculados**. Brasil, 2011.

MONTARDO, S. P., ROCHA, P. J. Netnografia. Incursões metodológicas na cibercultura. **Revista E-compós**, 2005, v. 4, Brasília. Disponível em: http://boston.braslink.com/compos.org.br/e%2Dcompos/adm/documentos/dezembro2005_paula_sandra.pdf

NEIGER, B. L. et al. Evaluating Social Media's Capacity to Develop Engaged Audiences in Health Promotion Settings Use of Twitter Metrics as a Case Study. **Health promotionpractice**, v. 14, n. 2, p. 157-162, 2013.

NOVELI, Marcio. Do Off-line para o Online: a Netnografia como um Método de Pesquisa ou o que pode acontecer quando tentamos levar a Etnografia para a

Internet? **Revista Organizações em Contexto - online**, v. 6, n. 12, p.107-133, 2010.

OBERMEYER, C. M.; OSBORN, M. The utilization of testing and counseling for HIV: a review of the social and behavioral evidence. **American journal of public health**, v. 97, n. 10, p. 17-62, 2007.

O'REILLY, T. What is Web 2.0: Design patterns and business models for the next generation of software. **Communications and Strategies**, v. 65, n. 1, p. 17-37, 2007.

OROZCO GÓMEZ, G. Comunicação social e mudança tecnológica: um cenário de múltiplos desordenamentos. In: MORAES, Dênis de. (Org.). **Sociedade midiaticizada**. Rio de Janeiro: Mauad, 2006. p. 81-98.

RABELLO, L.S. **Promoção da saúde: a construção social de um conceito em perspectiva comparada**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.

RANGEL, -S., M. L. Dengue: educação, comunicação e mobilização na perspectiva do controle: – propostas inovadoras. **Interface**, Botucatu, v. 12, n. 25, 2008.

RANGEL-S, M. L. Comunicação no controle de risco à saúde e segurança na sociedade contemporânea: uma abordagem interdisciplinar. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 12, n. 5, 2007 .

RECUERO, R. A rede é a mensagem: Efeitos da Difusão de Informações nos Sites de Rede Social. **Lo que McLuhan no previu. 1ed. Buenos Aires: Editorial La Crujía**, v. 1, p. 205-223, 2012.

RECUERO, R. **Redes Sociais na Internet**. Porto Alegre: Sulina, 2010. p. 16-22

RENAUD, L. et al. A model of mechanisms underlying the influence of media on health behaviour norms. **Can J Public Health**, .97, n. 2, p. 149-152, 2006.

ROJAS-RAJS, S., SOTO, E. J. Comunicación para la salud y estilos de vida saludables: aportes para la reflexión desde la salud colectiva. **Interface (Botucatu)**. v. 17, n 46, p. 587-99, 2013

RONCHI, E.; SENNE, F. Melhores sistemas de medição são cruciais para concretizar todo o potencial das TIC no setor de saúde. In: Comitê Gestor da Internet no Brasil – CGI.br. **Pesquisa sobre o uso das tecnologias de informação e comunicação nos estabelecimentos de saúde brasileiros – TIC Saúde 2013**. São Paulo: Comitê Gestor da Internet no Brasil, 2014. p. 59-66

SAPAG, J. C.; e KAWACHI, I. Capital social y promoción de La salud en América Latina. **Rev. Saúde Pública**, v.41, n 1, p.139-149, 2007.

SCHIAVO, R. **Health communication: from theory to practice**. 1a ed. San Francisco: Jossey-Bass, 2007.

SOUSA, M. F.; MERCHAN-HAMANN, E; MENDONCA, A. V; ROCHA, D. G. **Da política institucional aos processos do cuidar: estudos comparados sobre as práticas de promoção da saúde nas equipes da estratégia saúde da família no Brasil e seus similares em Argentina, Austrália, Costa Rica, Inglaterra, República Dominicana** (projeto de pesquisa). Brasília, 2011.

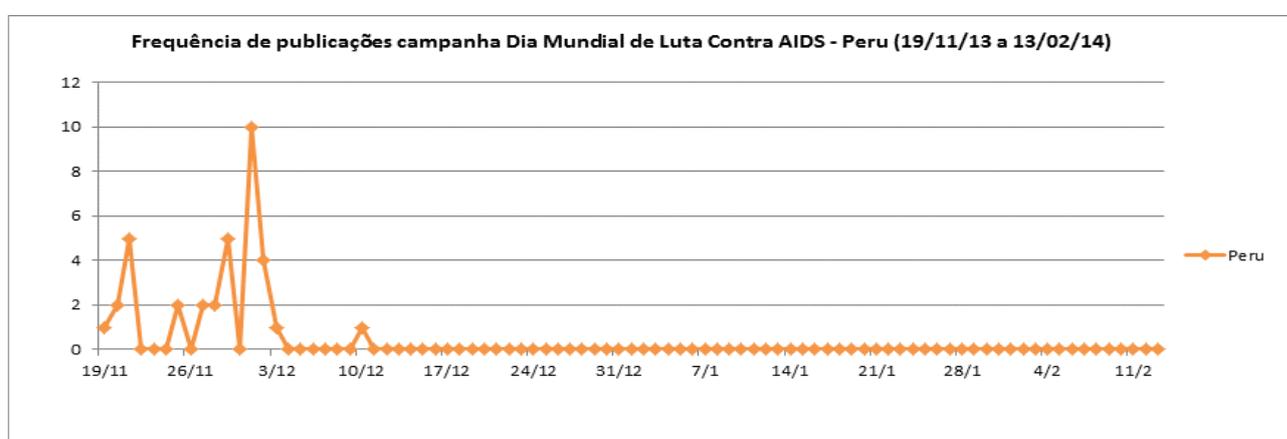
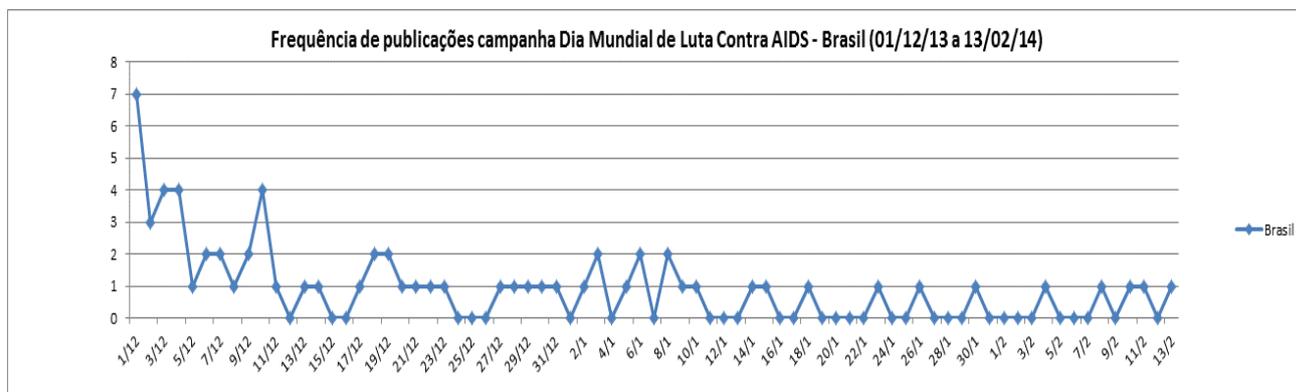
STOTZ, E. N.; ARAUJO, J. W. G. Promoção da saúde e cultura política: a reconstrução do consenso. **Saúde e sociedade**, v. 13, n. 2, p. 5-19, 2004.

VENTURA, M. M. O estudo de caso como modalidade de pesquisa. **Revista SoCERJ**, v. 20, n. 5, p. 383-386, 2007.

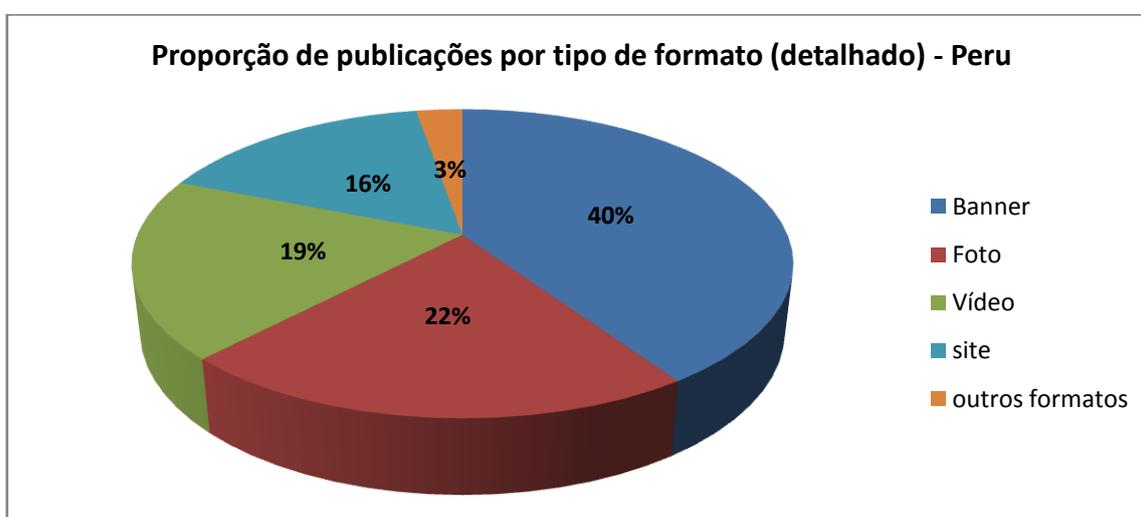
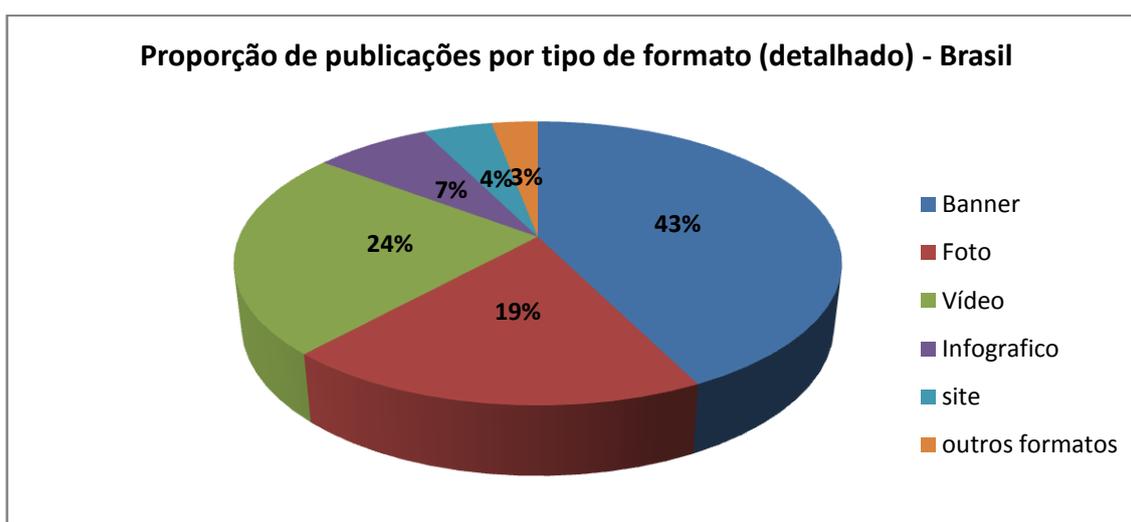
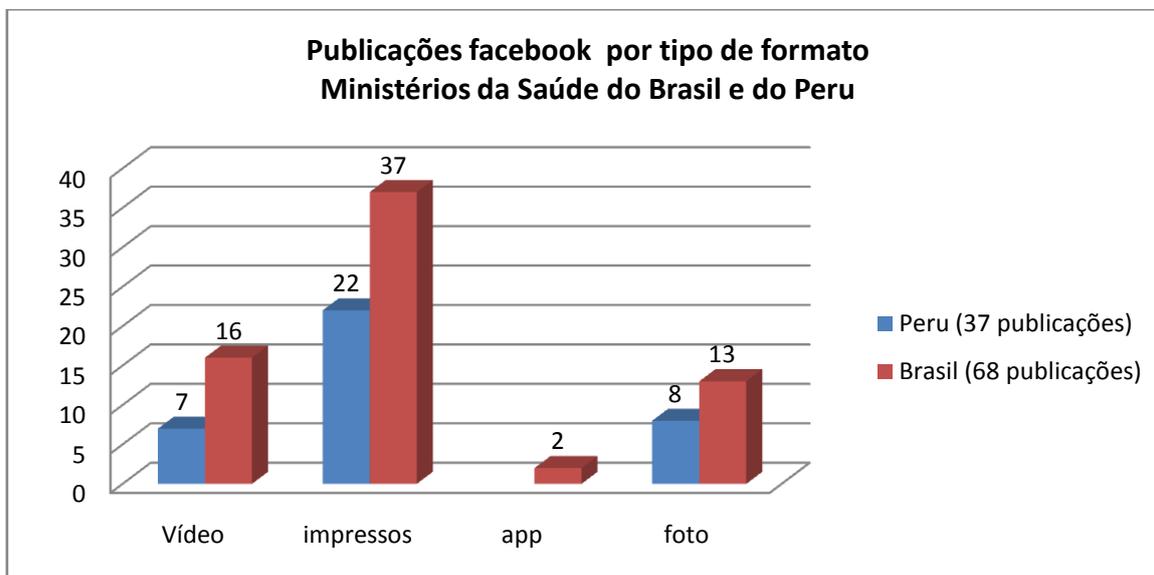
VIEIRA, A. C. G. O projeto cartão nacional de saúde e a construção de e-saúde para o Brasil. In: In: Comitê Gestor da Internet no Brasil – CGI.br. **Pesquisa sobre o uso das tecnologias de informação e comunicação nos estabelecimentos de saúde brasileiros – TIC Saúde 2013**. São Paulo: Comitê Gestor da Internet no Brasil, 2014. p. 31-44

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Porto Alegre: Bookman, 200.

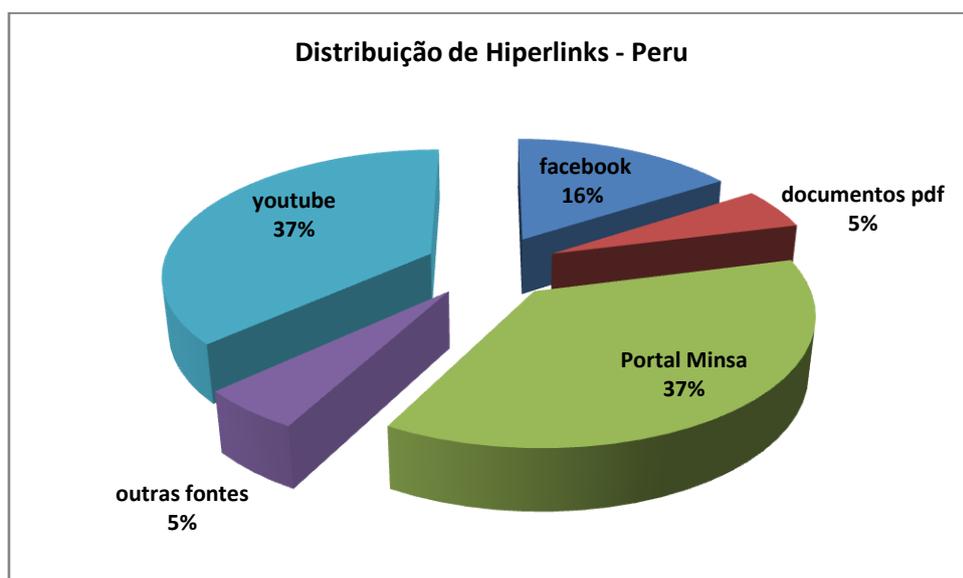
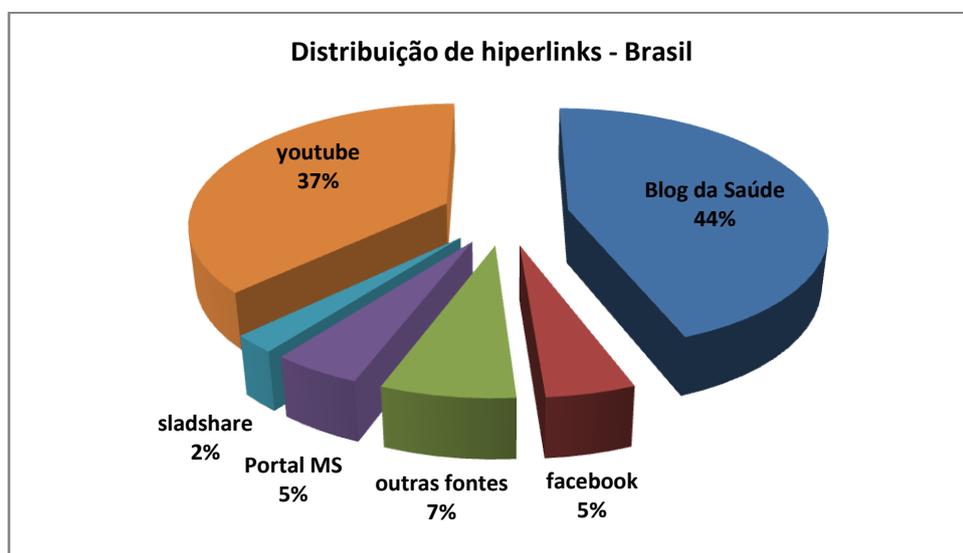
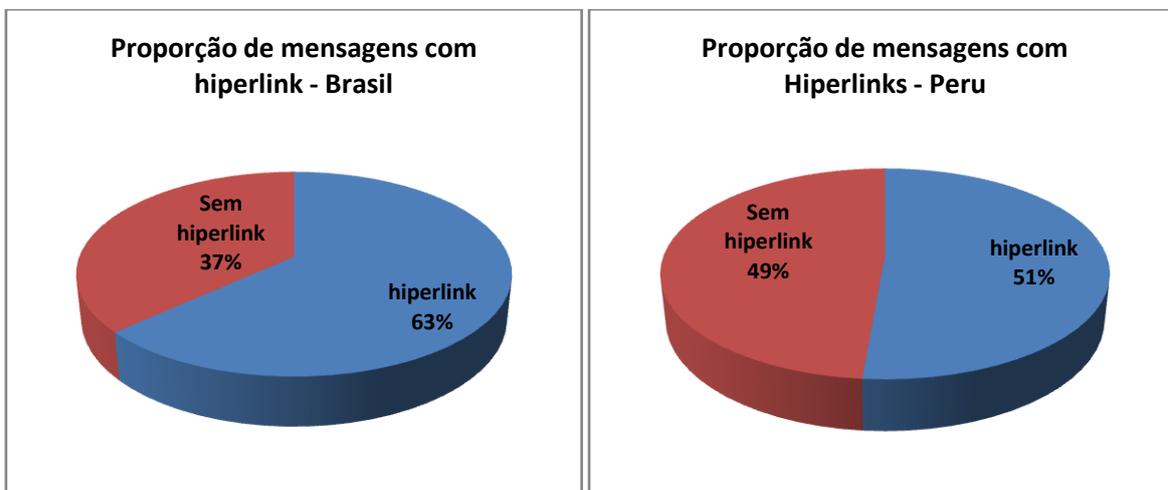
**APÊNDICE B – GRÁFICOS DE FREQUÊNCIA DAS PUBLICAÇÕES NO FACEBOOK:
CAMPANHA DO DIA MUNDIAL DE LUTA CONTRA AIDS DE 2013**



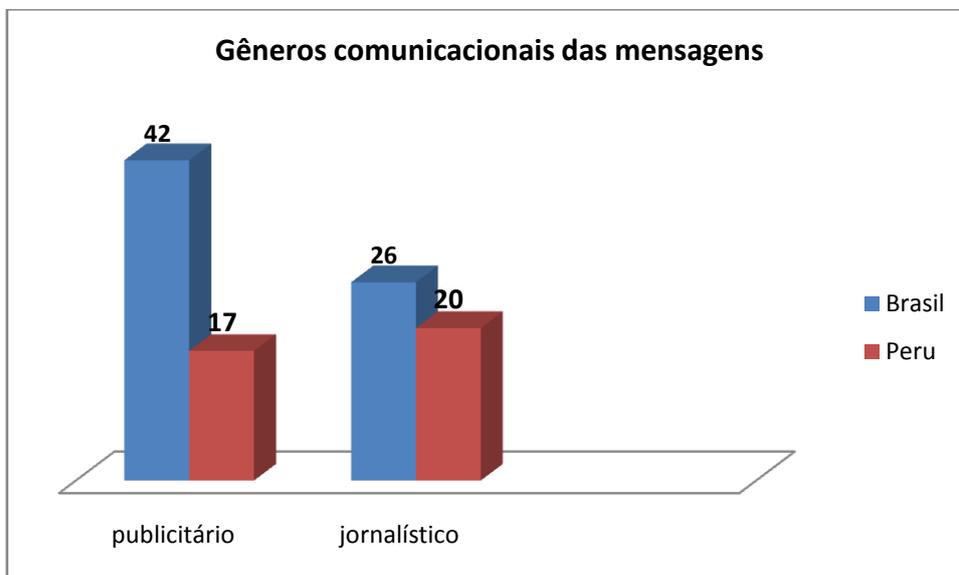
APÊNDICE C – GRÁFICOS DE DISTRIBUIÇÃO E PROPORÇÃO DAS PUBLICAÇÕES POR TIPO DE FORMATO



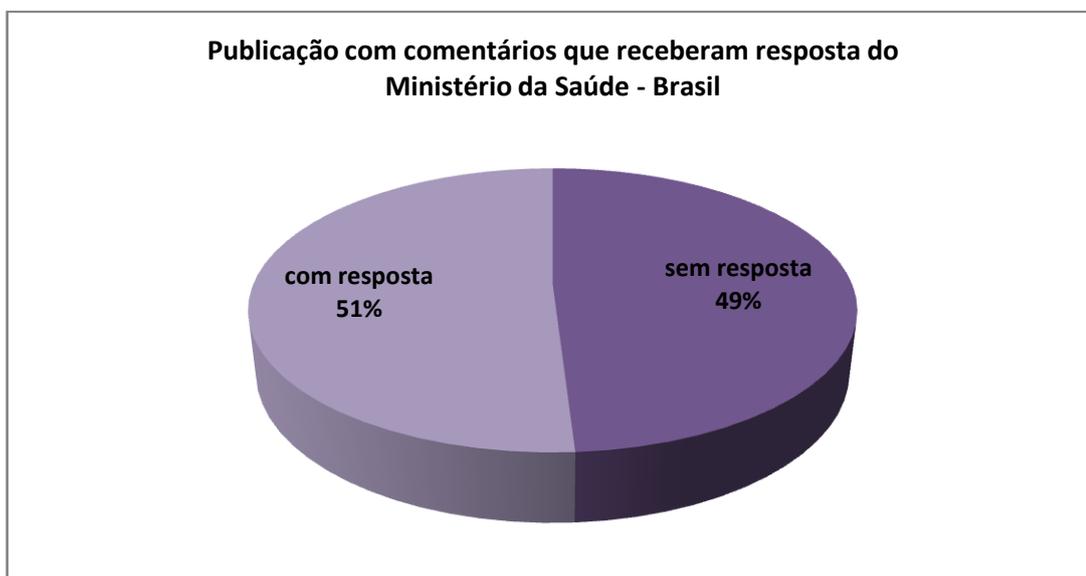
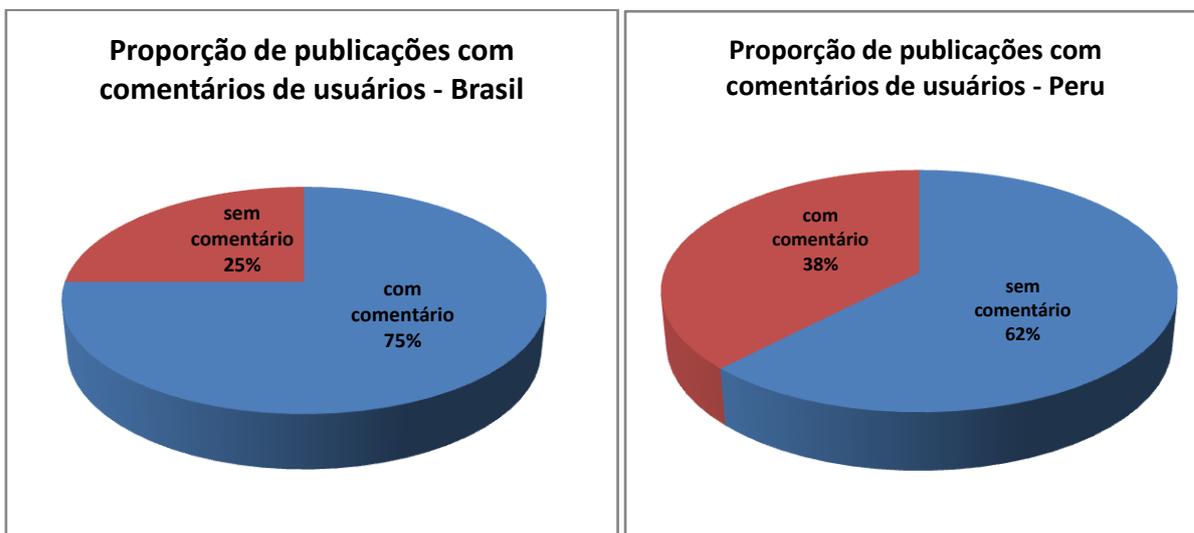
APÊNDICE D – GRÁFICOS DE DISTRIBUIÇÃO E PROPORÇÃO DE HIPERLINKS POR PUBLICAÇÃO



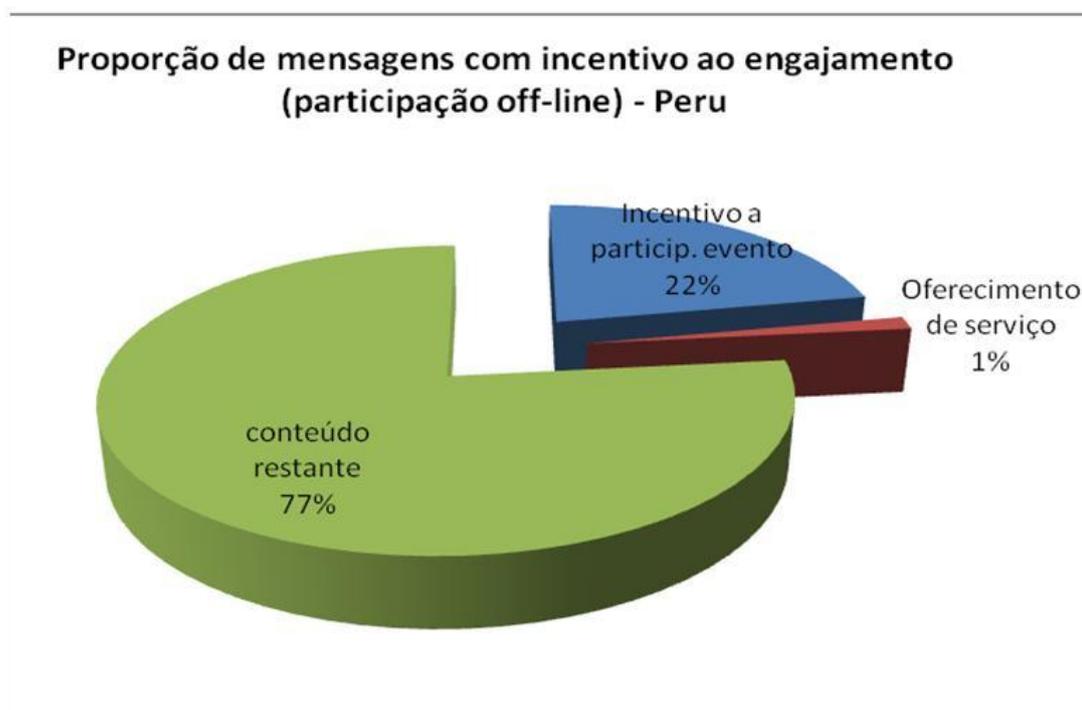
**APÊNDICE E – DISTRIBUIÇÃO DAS PUBLICAÇÕES POR TIPO DE GÊNERO
COMUNICACIONAL**



APÊNDICE F – PROPORÇÃO DE PUBLICAÇÕES COM COMENTÁRIOS DE USUÁRIOS E DE RESPOSTAS DA INSTITUIÇÃO

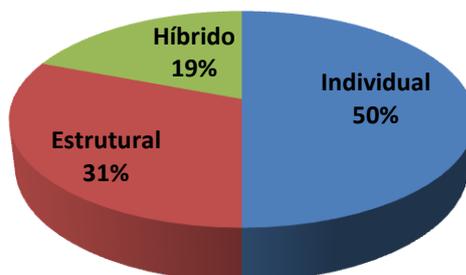


APÊNDICE G – PROPORÇÃO DE PRÁTICAS INTERATIVAS E DE ENGAJAMENTO ENTRE AS MENSAGENS PUBLICADAS NA PÁGINA DO FACEBOOK DOS CASOS ESTUDADOS

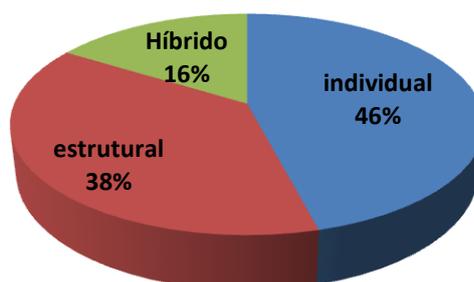


APÊNDICE H – PROPORÇÃO DE CONTEÚDOS INDIVIDUAIS, ESTRUTURAIS E HÍBRIDOS NAS PUBLICAÇÕES NA PÁGINA DO *FACEBOOK* DO BRASIL E DO PERU - CAMPANHA DO DIA MUNDIAL DE LUTA CONTRA AIDS DE 2013.

Proporção de conteúdos individuais, estruturais e híbridos nas publicações na página do *Facebook* do Brasil



Proporção de conteúdos individuais, estruturais e híbridos nas publicações na página do *Facebook* do Peru



ANEXO A - TERMO DE DISPENSA DE ANÁLISE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS – FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE, UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/FS

PROCESSO DE ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA

Título do Projeto no Cep: **084/12**

Título do Projeto: Da Política Institucional aos Processos do cuidar: Estudos comparados sobre as práticas de Promoção da Saúde nas Equipes do PFS no Brasil e seus Similares em Canadá, Cuba, Espanha, México; Da Política Institucional aos processos do cuidar: estudos comparados sobre as práticas de promoção da saúde nas equipes do PSF no Brasil e seus similares em Canadá, Cuba, Colômbia, Chile, Peru, Portugal, Venezuela.

Pesquisador Responsável: Maria Fátima de Sousa

Data da Entrada: 11/06/12

Com base na Resolução 196/96, do CNS/MS, que regulamenta a ética em pesquisa com seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, **CONCEDE DISPENSA DE ANÁLISE** ao projeto **084/12** com o título: “Da Política Institucional aos Processos do cuidar: Estudos comparados sobre as práticas de Promoção da Saúde nas Equipes do PFS no Brasil e seus Similares em Canadá, Cuba, Espanha, México; Da Política Institucional aos processos do cuidar: estudos comparados sobre as práticas de promoção da saúde nas equipes do PSF no Brasil e seus similares em Canadá, Cuba, Colômbia, Chile, Peru, Portugal, Venezuela.”, submetido na 6ª Reunião Ordinária, realizada no dia 03 de Julho de 2012, uma vez que o projeto já foi aprovado em outro Comitê de Ética.

Brasília, 16 de Julho de 2012


Natan Monsóres de Sá
Coordenador do CEP-FS/UnB