

Valéria Mendonça
Maria Fátima de Sousa
Clélia Parreira
Elmira Simeão
(Organizadoras)

COMUNICAÇÃO DA INFORMAÇÃO EM SAÚDE: ASPECTOS DE QUALIDADE

Série



Tempus

4

Editado pelo Departamento de Ciência da Informação e Documentação
Universidade de Brasília
Brasília – Brasil

2008

© 2008 Editora do Departamento de Ciência da Informação e Documentação (CID/UnB)
Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

1.ª edição – 2008 – Tiragem: 1.000 exemplares

PROJETO TEMPUS NA SAÚDE COLETIVA

Coordenação editorial da obra:

Valéria Mendonça
Maria Fátima de Sousa
Clélia Parreira
Elmira Simeão

Maria Fátima de Sousa (USF/NESP/UnB)
Oviromar Flores (DSC/NESP/UnB)
Valéria Mendonça (CID/Utics/NESP/UnB)
Ximena Pamela Díaz Bermudez (DSC/NESP/UnB)

Coordenação institucional:

Unidade de Tecnologia da Informação e
Comunicação em Saúde do Núcleo de Estudos em Saúde Pública – UTICS/NESP/UnB
(www.nesp.unb.br)
Programa de Pós-Graduação em Ciência da
Informação da Universidade de Brasília –
PPGCINF/CID/UnB (www.cid.unb.br)

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

Reitor

Prof. Dr. Timothy Martin Mulholland

Vice-reitor

Prof. Dr. Edgar Nobuo Mamiya

Decano de Pesquisa e Graduação

Prof. Dr. Márcio Martins Pimentel

Coordenadora de Apoio a Pós-Graduação

Profa. Dra. Dione Oliveira Moura

Chefe do Departamento de Ciência da Informação e Documentação

Prof. Dr. Renato Tarciso Barbosa de Sousa

Chefe do Departamento de Saúde Coletiva

Profa. Dra. Ximena Pâmela Díaz Bermúdez

Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação

Prof. Dr. Antônio Miranda

Coordenador do Núcleo de Estudos de Saúde

Pública da Universidade de Brasília

Prof. Dr. Edgar Merchán Hamann

Apoio:

Ministério da Saúde
Departamento de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília (DSC/UnB)
Departamento de Ciência da Informação e Documentação da Universidade de Brasília (CID/UnB)

Revisão:

Elmira Simeão, Maria Resende, Ilza Leite
Lopes

Para mais informações sobre a série:

Unidade de Tecnologia da Informação e Comunicação em Saúde do Núcleo de Estudos em Saúde Pública

SCLN 406 Bloco A, 2º andar, Asa Norte,

Brasília (DF), Brasil

CEP 70847-510

Tel.: (55++61) 3340-6863

Fax: (55++61) 3349-9884

E-mail: uticsnesp@unb.br

Arte da capa

Marcus Monici

Projeto gráfico e diagramação:

Marcus Monici, Fabiano Bastos

Comissão Científica da Série:

Antônio L. C. de Miranda (CID/UnB)
Edgar Merchán Hamann (DSC/NESP/UnB)
Elmira Simeão (CID/Utics/NESP/UnB)
Margarita Urdaneta (DSC/NESP/UnB)

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Comunicação da informação em Saúde: aspectos de qualidade / Valéria Mendonça, Maria Fátima de Sousa, Clélia Parreira e Elmira Simeão – Brasília: Editora do Dept° de Ciência da Informação e Documentação, 2008.

146p. (Série Tempus em Saúde Coletiva, 4)

ISBN: 978-85-61157-05-0

1. Comunicação em Saúde. 2. Informação em Saúde. I. Mendonça, Valéria. II. Sousa, Maria Fátima de. III. Parreira, Clélia. IV. Simeão, Elmira. I. Título. II. Série.

CDU:

CDD:

COMUNICAÇÃO EM SAÚDE: APENAS REMEDIAR OU PARTICIPAR E PREVENIR ?

Dione Oliveira Moura

Quando observamos a divulgação de informações em saúde, distinguem-se pelo menos dois paradigmas antagônicos: um que aponta o caminho do “apenas remediar” (a ação pós-dano) e outro que aponta a alternativa da “participação e prevenção” (ação anterior ao dano). Iremos distinguir esses dois paradigmas dentro de um contexto da comunicação em saúde no Brasil e, ao final, iremos situar a “comunicação de risco” diante de ambos paradigmas.

Apenas remediar

Este paradigma, que apregoa a saúde como uma prática de apenas remediar danos de saúde já concretizados, exclui absolutamente qualquer relação com o campo dos direitos sociais. Portanto, exclui a perspectiva do cidadão com direitos e deveres em relação a sua saúde e à saúde de outros atores sociais com os quais ele convive direta ou indiretamente. O caso do consumo de cigarros é um bom exemplo. Dessa perspectiva, o consumo de cigarros é um problema apenas de quem é fumante – ele estaria prejudicando sua própria saúde com os danos advindos desse hábito. Por outro lado, entretanto, exime essa pessoa da responsabilidade de promover fumantes passivos nos ambientes em que frequenta.

Nesse mesmo paradigma, temos um tipo de indicação de procedimentos em que todos os males físicos podem ser medicados, mas não prevenidos. Essa tradição campanhista remonta aos primórdios das campanhas públicas de saúde no Brasil, ainda na década de 1930. Na Era Vargas, essa foi a tônica.

Por fim, na década de 1970, a relação serviços de saúde e população, com as ações de comunicação e educação, era caracterizada por propor uma adesão às políticas governamentais e por um discurso de massa que associava simbolicamente saúde ao consumo de mercadorias, serviços e tecnologias médicas sofisticadas (PITTA, 1994).

Esse modelo, também associado a uma política de saúde nomeada como behaviorista (PITTA, 2007), o qual enfatiza a ação pós-dano, ou seja, o modelo de apenas remediar as questões de saúde, pode ser identificado também na análise a seguir. A Rede IDA-Brasil (rede de projetos de integração docente assistencial do Brasil) destaca que as práticas mais usuais em comunicação em saúde “obedecem a um modelo clínico de atenção a

partir de uma visão pragmática de aporte de contribuições técnicas pretensamente objetivas em detrimento do modelo assistencial proposto pelo SUS (REDE IDA, 1994). A Rede IDA-Brasil promoveu, em fins de 1994, o Seminário Informação e comunicação em saúde. Os debates foram bastante ricos, com a apresentação de diversas experiências. O próprio termo de referência do seminário apresentava observações sobre a informação e a comunicação em saúde merecerem ser lembradas.

O documento destaca, entre vários outros pontos, que a comunicação social em saúde é produzida como se fosse voltada para qualquer outra organização pública e privada, sem atender às peculiaridades do setor de saúde. Ao mesmo tempo, possui uma postura acrítica, seja na produção das informações oficiais, seja na seleção dos meios. Nesse modelo, o destinatário da informação, a bem da verdade, o cidadão que utiliza o sistema de saúde, é considerado meramente “população-alvo” (Rede IDA, 1994).

Atualmente, podemos perceber que as campanhas de publicidade dos planos de saúde e da indústria farmacêutica estão, em sua maioria, apoiados nesse paradigma com ênfase na ação pós-dano, ou seja, ao receptor da mensagem dos planos de saúde – e de medicamentos – é proposto um enfoque passivo em relação à própria saúde.

Participar e prevenir

Para introduzir esta abordagem do paradigma “participação-prevenção”, iremos apresentar um breve histórico das mudanças que ocorreram na comunicação em saúde no Brasil nas últimas décadas do século XXI. Partiremos do modelo campanhista dos anos 1970 do século XX até o estado atual, no qual a tônica está no direito à informação como um dos componentes do direito do cidadão à saúde.

Já nos anos 1980, essa tendência passou a conviver com a crítica às práticas tradicionais de comunicação e educação em saúde. Segundo Pita (1994), essas mudanças foram causadas pelos seguintes fatores: novos paradigmas em Ciências Sociais e em Comunicação, mudanças na conjuntura política do país (o processo de redemocratização) e a articulação de profissionais do movimento da Reforma Sanitária, universidades, movimentos populares em saúde, ONGs e setores do campo governamental.

Essa articulação foi arrefecida pela crise da previdência social nos anos 1980, o que faz com que essa crítica se difunda e surjam discussões sobre a reorientação político-institucional do setor de saúde. Nesse período, convivem tanto as práticas de comunicação social, dentro das secretarias estaduais de saúde, as campanhas massivas nas instituições centrais de saúde quanto as outras tendências alternativas de comunicação.

Acesso à informação

Começa a surgir, então, a idéia de acesso como subsídio à participação popular e ao controle/gestão dos serviços. E, por sua vez, a noção de acesso à informação passa a ser associada à necessidade de garantir tal acesso.

Pitta (1994) lembra que, ainda no início dos anos 1980, crescem as preocupações com os sistemas de informação como instrumento de gerência das Ações Integradas de Saúde (AIS) e com a criação de instrumentos de racionalização e controle de gastos e institucionalização de mecanismos de gestão colegiada dos recursos para saúde por meio dos conselhos interinstitucionais de saúde. Ao mesmo tempo, pensava-se, de modo mais descentralizado, em um possível sistema de comunicação social para os distritos sanitários.

A participação comunitária, que até então era vista como adesão aos programas de saúde, começa a ser pensada como integrante do planejamento e da gestão dos serviços e políticas de saúde. Pitta assinala que a participação popular do início da década de 1980 e institucionalizada pela Lei n. 8.142/90 – Lei Orgânica da Saúde – que criou os Conselhos de Saúde, espaços deliberativos nos diferentes níveis do Sistema Único de Saúde (SUS). A década de 1980 traz nova concepção de saúde como um direito conquistado.

Consta do relatório final da 7ª Conferência Nacional de Saúde, de 1986, o direito à informação plena como um dos pressupostos do direito à saúde:

Do direito como conquista social, emerge a idéia de que o direito a saúde implica e garante (...) Educação e informação plenas (Anais da 7ª Conferência Nacional de Saúde).

Ao lado de todas essas modificações, a Constituição Federal de 1988 aprova artigos que assinalam para o controle da propaganda de medicamentos, cigarro e álcool.

Portanto, na década de 1980, enquanto o país vivia o processo de retomada das práticas democráticas, avançamos, em termos de política de saúde, para o conceito de saúde pública. Esse processo culminou com a Reforma Sanitária, descentralização política e administrativa do SUS.

A partir da década de 90 do século passado, tem sido enfatizado o modelo participativo em termos de comunicação em saúde em contraposição ao modelo campanhista dominante até os anos 1970. Ao mesmo tempo, entretanto, esse modelo participativo, que tem a descentralização do SUS e o fortalecimento dos Conselhos de Saúde como pilares importantes, tem que enfrentar o crescimento do domínio das corporações privadas na área de saúde – seja no atendimento hospitalar, seja na indústria farmacêutica.

Nos anos 1990, houve uma extensa legislação que institucionaliza mais modificações à informação e à comunicação na área de saúde. A Lei Orgânica da Saúde regula todas as ações e serviços de saúde executados em território brasileiro e instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como objetivos:

I- A identificação e divulgação de fatores condicionantes e determinantes da saúde;

II- A formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a redução de riscos de doenças e o estabelecimento de condições que assegurem o acesso igualitário e universal às ações e serviços para sua promoção, promoção e recuperação;

III- a assistência às pessoas por intermédio de ações de proteção, promoção e recuperação de saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas (Lei Orgânica da Saúde).

A Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) conceitua comunicação em saúde como um conjunto de práticas sociais de natureza dialógica, as quais são perpassadas por um processo contínuo de construção simbólica da realidade, assim como pelas identidades de seus atores. Esse processo ocorre a partir de um processo de produção e socialização do conhecimento – cultura – pela sociedade e pela ampliação da consciência sanitária, com o objetivo de modificar qualitativamente a relação do cidadão com os serviços de saúde, em especial com o poder público e com o processo de transformação de suas condições de vida e o exercício de cidadania (ABRASCO, 1993). Esse conceito proposto pela Abrasco reflete essencialmente o que estamos denominando, no presente artigo, como o paradigma preventivo e participativo para a comunicação em saúde.

As sucessivas Conferências Nacionais de Saúde têm aprofundado e enfatizado crescentemente o papel da comunicação em saúde. A 12ª Conferência Nacional de Saúde, por exemplo, realizada em 2003, destacou a comunicação dentro da agenda do evento.

Representações sociais

Ainda no início dos anos 1980, a pesquisadora Cleuza Panisset Ornellas defendeu a tese de mestrado (ORNELLAS, 1981) sobre educação em saúde, na qual destaca que “não basta transmitir como que magia por magia”. Ela destaca que, embora as pessoas atendidas pelos serviços de saúde não dominem as informações sobre seus problemas de saúde, não é certo, ao receberem tais informações, que elas modifiquem suas vidas. Quanto

ao conteúdo da informação transmitida, Ornellas diz que ocorre uma redução quantitativa da informação que, mantendo a neutralidade científica que a caracteriza, e simplificada, esterilizada, torna-se, ao final, apenas um elenco de regras de conduta, sem quaisquer vínculos com a realidade cultural do público a que se destinarão.

Muitos estudos recentes têm chamado atenção para as construções simbólicas dos indivíduos sobre o processo de saúde-doença. Nesse sentido, Cecília Minayo (MINAYO, 1993) trabalha com o conceito de representações sociais:

As Representações Sociais se manifestam em condutas e chegam a ser institucionalizadas, portanto, podem e devem ser analisadas a partir da compreensão das estruturas e dos comportamentos sociais... Sua medição privilegiada, porém, é a linguagem do senso comum tomada como forma de conhecimento e de interação social (MINAYO, 1993:173).

Dessa forma, prossegue a autora, o senso comum “contamina” o “saber científico” com suas próprias categorias de interpretação. Segundo a autora, as classes trabalhadoras possuem um código de resistência às concepções dominantes de saúde e doença. Esse é mais um aspecto a ser considerado no processo de comunicação em saúde.

Avanços e permanências

Agora, iremos retomar outro aspecto histórico para fins comparativos. Somente na 9ª Conferência Nacional da Saúde, em 1992, como ressalta Pitta (1994), o tema da comunicação social deixa de se articular exclusivamente ao tema da educação em saúde. A ênfase, que pode ser vista na síntese abaixo enumerada pela autora, é o livre acesso à informação em saúde. Passados uma década e meia, vamos listar os pontos levantados até então e refletir sobre o quanto evoluímos, ou não, no alcance desses objetivos:

1. Quanto aos Conselhos de Saúde, propôs-se a criação de cartilhas que abordassem aspectos da legislação, composição, atuação e níveis de competência desses Conselhos;
2. Assegurar espaço na mídia para divulgação dos Conselhos de Saúde e do SUS;
3. Transparência administrativa e acesso às informações orçamentárias, com ampla divulgação pelos meios de comunicação, instituições e movimentos sociais;

4. Campanhas com fins de esclarecer a população quanto ao papel e ao funcionamento dos Conselhos de Saúde e da seguridade social;
5. Disponibilidade dos serviços de comunicação social aos Conselhos de Saúde nas suas respectivas esferas de gestão (federal, estadual e municipal);
6. Acesso, a nível municipal e local, de informações sociodemográficas e epidemiológicas presentes nos grandes bancos de dados nacionais – IBGE, DATASUS, entre outros – mediante divulgação ampla e freqüente dos dados necessários para melhor diagnóstico, planejamento e avaliação das ações de saúde;
7. Acesso à informação como direito do cidadão;
8. Estímulo e criação de um sistema nacional de informação em saúde;
9. Importância dos meios de comunicação na apuração dos atos ilícitos praticados nas esferas do governo federal e combate à impunidade e também para divulgação de ações de saúde, resoluções dos Conselhos de Saúde e dados epidemiológicos;
10. Promoção de debates locais com ampla participação (usuários, trabalhadores da saúde e profissionais dos meios de comunicação). Debates estes com o objetivo de mobilizar as pessoas e divulgar propostas desses movimentos na área da saúde;
11. Quanto aos meios de comunicação: descentralização como única forma de garantir campanhas regionalizadas de educação popular em saúde;
12. Integração entre profissionais de comunicação social e educação em saúde; e
13. Trabalho com meios alternativos – teatros de fantoches, vídeos, teatro popular, cartilhas, jornais de bairro e rádios populares.

Podemos perceber que muito pouco do que foi citado acima pode ser considerado hoje como uma conquista em termos de comunicação em saúde. O que foi preconizado, como se pode observar, foi o fortalecimento dos Conselhos de Saúde, ou seja, dos atores sociais que realizariam o controle social do sistema de saúde. A comunicação entraria aí como um suporte, um mecanismo, uma estratégia, inclusive para divulgar a função desses Conselhos e, com isso, angariar maior apoio e adesão social à estrutura de um SUS descentralizado e altamente participativo.

Embora seja verdade que algumas dessas experiências propostas acima foram implementadas, ainda não podemos afirmar que, passado este período desde o início dos anos 1990 até meados da primeira década do século XXI, a comunicação em saúde tenha modificado seu perfil como um todo, de um tom campanhista para um tom mais preventivo e participati-

vo. Pelo contrário, o modelo com ênfase behaviorista, ou seja, com ênfase na mudança comportamental e omissão de outros setores que também devem ser responsabilizados nas questões de saúde pública, ainda é o modelo dominante.

Contudo, não podemos fazer tábula rasa do aprendizado acumulado em comunicação em saúde.

Mesmo não dando a tarefa por cumprida, tendo como base para reflexão as proposições da 9ª Conferência Nacional de Saúde, é possível constatar que hoje, no Brasil, temos um repertório de experiências bem sucedidas de comunicação em saúde. Esse repertório deve ser valorizado, pois já aponta alguns resultados positivos que envolvem desde ações nacionais até ações locais, via rádios comunitárias, projetos de mobilização social e mecanismos afins.

Uma parte dos desafios futuros cabe às Escolas de Comunicação, que formam profissionais de comunicação (jornalistas, publicitários, radialistas, cineastas, fotógrafos, relações públicas e produtores de comunicação em geral) – elas precisam inserir a área de comunicação em saúde em seus currículos de ensino, pesquisa e extensão. A área de comunicação em saúde é uma, dentre outras, que demanda uma formação específica que apresente subsídio aos estudantes para uma formação diferenciada perante a predominância de uma comunicação muito estandardizada que não consegue tomar parte no cotidiano dos cidadãos. Da mesma forma, as associações de pesquisadores, a exemplo da Associação Brasileira de Pesquisadores em Jornalismo (ABPJor) e demais entidades científicas ou profissionais na área de comunicação como a INTERCOM (Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação), a COMPÓS (Associação Nacional de Programas de Pós-Graduação em Comunicação) e na área de saúde, como a Abrasco (Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva), têm um papel fundamental nesse processo.

A comunicação de risco diante desses paradigmas

Como se situa a *comunicação de risco* diante desses dois paradigmas – um que enfatiza o apenas remediar, e outro que enfatiza a participação e a prevenção. Entende-se por comunicação de risco toda informação que aponta para um dano potencial, logo, um dano futuro que pode vir ou não a ser concretizado. Dessa forma, a comunicação de risco, a princípio, está muito mais associada ao paradigma preventivo.

Contudo, isso não tem sido regra e, muitas vezes, o risco (MOURA, 2005) é divulgado não como um dano em potencial que pode ser evitado,

mas como um dano em potencial com o qual a pessoa tem alto percentual de conviver concretamente e pouca chance de evitá-lo. Isso demonstra que, muitas vezes, falta uma perspectiva da saúde como direito social.

Felizmente, há um sólido campo de estudos no Brasil que tem traçado algumas possibilidades para o papel da comunicação em saúde e também para a comunicação de risco associada ao tema saúde. Muito desse acúmulo de conteúdo deve-se ao trabalho das sucessivas Conferências Nacionais de Saúde, as quais findaram por construir novos horizontes para a comunicação em saúde no contexto do sistema de saúde no Brasil.

Mesmo que todos esses horizontes não tenham sido alcançados, a percepção da comunicação como basilar para a conquista de direitos na área de saúde já está estabelecida. Araújo e Cardoso (2007) também confirmam essa abordagem ao proporem a comunicação como de suma importância para o processo de controle social em saúde. Ao perceber a saúde como direito, a esfera da comunicação e seus produtos e serviços informativos (notícias, reportagens, editoriais, coberturas especiais) ou de entretenimento (seriados de TV, publicidade e propaganda, cinema, vídeo, etc.) irão tratar o risco em saúde como algo que pode ser de fato evitado não só pela ação do cidadão, mas também como uma articulação social em rede.

Rede esta que envolve a ação do Estado, com toda sua estrutura de cuidados em saúde, da sociedade civil por meio da promoção de práticas saudáveis desde o consumo de bens até o seu descarte – pois também os resíduos de consumo causam danos à saúde de todos. Envolve também a ação do setor empresarial, quer seja sob o aspecto da saúde do trabalhador e da responsabilidade social da empresa em não promover bens e serviços danosos ao consumidor direto ou indireto (intoxicação, poluição, oferta de bens de baixa qualidade, etc.), quer seja na esfera das empresas de plano de saúde, indústria farmacêutica e assistência hospitalar privada.

Referências Bibliográficas

ARAÚJO, Inesita Soares de; CARDOSO, Janine Miranda. **Comunicação e Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007 Coleção Temas de Saúde.

ORNELAS, Cleuza Panisset. **Educação em Saúde: prática sanitária ou instrumento de ação ideológica**. 1981. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei Orgânica da Saúde**. 2 ed. Brasília: Assessoria de Comunicação, 1991.

MINAYO, Cecília M. de Souza. **O Desafio do Conhecimento**. 2 ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec Abrasco, 1993.

MOURA, Dione Oliveira. El ingreso de la Comunicación de Riesgo en los Media Globales: la creación de una Agenda sobre lo que Observar. **Razón y Palabra**, Cidade do México, México, v. 43, p. 1-10, fev/mar. 2005.

REDE IDA-BRASIL. Termo de Referência do Seminário sobre Informação e Comunicação em Saúde. Organizadoras: Maria Lígia Rangel e Terezinha Marques, 1994.

PITTA, Áurea Maria. **A Comunicação Serviços de Saúde/População: modelos educativos e desafios a partir de discussões recentes**. 1994. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) UERJ/Instituto Social, Rio de Janeiro.

PITTA, Áurea da Rocha. **Por uma política pública de comunicação em saúde**. **Revista Saúde e Sociedade**. v. 2, p 1-7, n. 1, jan-jul/2002. Disponível em: <http://www.apsp.org.br/saudesociedade/DI_1/>. Acesso em: 2 dez 2007.