

Comunicação em saúde: o que estamos discutindo?¹

Tatiana Aoki²

Universidade de São Paulo, São Paulo, SP

Resumo

O artigo mostra uma discussão teórica na comunicação para a saúde, com pesquisa documental de autores que tratam do tema. Tem-se a interlocução da saúde com a comunicação sob a delimitação teórica dada por Maria Cecília Minayo (1992), Bernardo Kucinski (2000), Inesita Araújo (2004) e Wilson da Costa Bueno (1996). A revisão da literatura se inicia com Minayo (1992), que aponta sobre a intersetorialidade da saúde, o que nos possibilita estabelecer conexões com a comunicação, com considerações advindas de Kucinski (2000), Araújo (2004) e Bueno (1996). O ponto de reforço por Kucinski (2000) é a importância da comunicação para a saúde como um valor de cidadania, enquanto Araújo (2004) propõe um modelo de comunicação que possibilite concretizar as políticas públicas. Por sua vez, Bueno (1996) traça um panorama da abordagem da comunicação em saúde, elencando dicas de como tratar do tema.

Palavras-chave

comunicação; saúde; cidadania; Saúde Coletiva

1 Introdução

Parte-se do princípio de que o campo da saúde delimita interconexões com outras áreas do conhecimento. E que as temáticas principais deste trabalho, que englobam saúde, comunicação e cidadania, estão relacionadas ao contexto histórico em que esta proposta se insere. Isso porque, concordando com Minayo (1992, p. 90), pressupõe-se que “tanto o sujeito que comunica como aquele que o interpreta são marcados pela história, pelo seu tempo, pelo seu grupo.” Outro pressuposto é o de que o ser humano, como ser histórico-social, busca compreender o sentido das coisas nos determinantes dos sistemas sociais, não somente nos comportamentos individuais (MINAYO, 1992, p.34).

Entende-se também que a relação saúde/doença envolve fatores endógenos e exógenos, e que tal relação expõe “a realidade social da qual é construída” (ibidem, p.179).

¹ Trabalho apresentado no GP Comunicação, Ciência, Meio Ambiente e Sociedade, XII Encontro dos Grupos de Pesquisas em Comunicação, evento componente do XXXV Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação.

² Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Comunicação da Universidade de São Paulo (PPGCOM-USP), email: tatiaoki@gmail.com

Assim, para compreendermos essa realidade, “é preciso examiná-la a partir dos substratos econômico, político e cultura no qual vivemos” (ibidem).

Para a temática da saúde, trabalha-se com o conceito de Promoção da Saúde, movimento despontado na década de 80 que muda a concepção preventiva do processo saúde-doença “para um enfoque social e político dos determinantes das condições de vida das populações envolvidas” (COSTA, 2011, p. 100). O movimento focaliza a saúde enquanto produção social, marcada por um trabalho de cooperação com outros setores da sociedade e com ações centradas na educação. Vale destacar também que a proposta da Promoção da Saúde tem firme raiz no solo da cidadania (KUCINSKI, 2000, p.184).

A discussão teórica da interlocução da saúde com a comunicação se deu pela pesquisa documental (ECO, 1996), e a revisão da literatura se inicia com um panorama da saúde enquanto produção social (MINAYO, 1992). Em seguida, passa-se pela importância de se vincular a comunicação em saúde como um instrumento na promoção da cidadania (KUCINSKI, 2000). Um dos resultados apontados é a importância de se efetivar um novo modelo de comunicação que vise a concretização de políticas públicas (ARAÚJO, 2004), bem como o fornecimento de dicas práticas aos comunicadores que tratam do assunto (BUENO, 1996).

Contudo, ainda que se proponha um modelo comunicativo e se estabeleça novos parâmetros na abordagem da comunicação para saúde, tem-se ciência de que o campo comunicacional integra um contexto sociopolítico. E, no Brasil, pode-se citar como características desse contexto a desigualdade e a ausência de pluralidade de discursos – características que acabam por impedir, ou ao menos limitar, a atuação do comunicador que aborda saúde. Dentre outros limitantes de um jornalismo que objetiva articular o conceito de Promoção da Saúde, vale citar os interesses de diferentes ordens, bem como a ingenuidade do comunicador.

Ainda que tenha tais limitações elencadas, o debate sobre o assunto mostra que se buscam novas discussões e possibilidades na comunicação para a saúde. Soma-se a isso que os entraves anteriormente mencionados correspondem a um embate entre grupos com interesses antagônicos, mas que podem interagir de maneira que se chegue a um consenso em prol do fortalecimento da democracia.

2 Saúde coletiva: saúde, sociedade

O campo da saúde não se separa das outras instâncias da realidade social, visto que possui uma abrangência multidisciplinar e estratégica. Tal interconexão que o campo da saúde delimita com outras áreas do conhecimento é um dos principais pontos destacados por Minayo (1992, p.13), autora que é referência no estudo da pesquisa qualitativa em saúde.

Assim, a abrangência da saúde também integra aspectos culturais, o que permite a afirmação de que “a saúde só pode ser entendida dentro de uma sociologia de classe” (ibidem, p. 15). De acordo com a autora, o conceito de cultura consiste em um lugar que abrange “uma objetividade com a espessura que tem a vida, por onde passa o econômico, o político, o religioso, o simbólico e o imaginário” (ibidem).

O aspecto da interconexão com a cultura permite o entendimento de que, em qualquer ação, seja de prevenção, tratamento ou planejamento em saúde, deve se atentar para qual contexto social-histórico se dirige. A atenção se justifica porque todo conhecimento da realidade cultural é reconhecido por um ponto de vista específico (ibidem, p.52).

Minayo (1992, p. 78) ressalta que, na América Latina, a ampliação do discurso de saúde para outros setores, como as ciências políticas, se deu a partir da década de 70. Essa interlocução foi possível porque ocorreu “uma crescente consciência social de que a luta pela saúde faz parte da construção da cidadania”, e uma certeza de que saúde é um tema de “grande interesse político” (ibidem, p.79).

A partir desse período, mudou-se o foco de conceito de Saúde Pública na América Latina. No continente, considerou-se a significação do termo “Saúde Pública” um tanto vaga, substituindo-a pelo conceito de “Saúde Coletiva”: este passa a ideia de “direitos, situação histórica, comprometimento de condições de vida social e uma crítica ao indivíduo como responsável único por sua saúde/doença” (ibidem, p.79).

O novo pensamento deriva da concepção de Medicina Social, que, desde o século XX, projetou que “a doença, a saúde e a morte não se reduzem a uma evidência ‘orgânica’, ‘natural’, mas estavam intimamente relacionadas com as características de cada sociedade” (ibidem, p.175). A Medicina Social também preconiza que a doença é uma realidade construída e o doente “é um personagem social” (ibidem).

Assim, o discurso sobre saúde/doença integram uma construção social e, por isso, também possui particularidades conforme a sociedade, o que corresponde “à coerência ou às contradições de sua visão de mundo e de sua organização social” (ibidem, p.176). A autora pontua os seguinte fatores – endógenos e exógenos – que levam à concepção de saúde/doença:

- Médico/clínico: fatores endógenos “pensados através dos processos biológicos” (ibidem, p.178).
- Senso comum: o indivíduo é responsável por sua doença, causada por “questões hereditárias, castigo divino ou pecado individual” (ibidem).
- Sociedade: uma causa exógena, que corresponde ao “desequilíbrio entre as relações sociais de determinado grupo e dele com o seu meio” (ibidem).

Quanto ao senso comum, é freqüente a atribuição da responsabilidade individual de um problema que, muitas vezes, é social – relacionado a uma sociedade agressiva, opressiva e que promove um estilo de vida pouco saudável (ibidem, p.178). Contudo, independentemente da explicação e dos fatores, “é o indivíduo que adoece e morre. No entanto, a atribuição de sentidos das causas endógenas é também socialmente construída” (ibidem).

Por sua vez, o saber médico e clínico é dado como contraditório (ibidem, p.180), pois o profissional médico lida com um esquema corporativo, marcado por diversos interesses e discursos, gerando concepções contraditórias “sobre o corpo, sobre saúde/doença, sobre a vida e a morte” (ibidem, p.181). E a medicina moderna não só ampliou essa contradição, como reforçou a autoridade do ato médico, atribuindo-lhe monopólio até mesmo em campos antes abandonados de sua jurisdição, “como a criação dos recém-nascidos ou a alimentação” (ibidem).

Outro ponto sobre o saber médico é a existência de um reforço ao contorno biológico e individual do doente, bem como a explicação do fenômeno saúde/doença baseando-se somente no “bom funcionamento dos órgãos” e atribuindo a responsabilidade da saúde para o indivíduo. O sistema dominante trata “as doenças provocadas pelas condições de vida e de trabalho (...) como uma questão individual ou inespecificamente como ‘males da vida moderna’” (ibidem, p.190).

Já as doenças relacionadas às “precárias condições de existência apenas de longe são tocadas” (ibidem, p. 190) como algo que deve mobilizar diversos setores da saúde, pois não atinge todos os grupos sociais. Com isso, tais doenças “são socialmente

‘desconstruídas’, despidas de seu caráter social e transformadas em ‘culpa’, ‘descuido’, ‘ignorância popular’” (ibidem). Esse ponto de vista “das representações dominantes” (ibidem, p.191) é o que viabiliza o deslocamento do significado de saúde como um campo de ação individual. Uma representação individualizada adota a premissa de que saúde consiste na existência de uma sociedade equilibrada “e passível de ser controlada pela vontade pessoal.”

Em contraposição a esse discurso, a autora propõe que se estabeleça uma relação de saúde como uma “questão vital de atribuição individual e coletiva e que ultrapasse os aspectos biofisiológicos” (ibidem). Nesse sentido, a questão da saúde “sai do campo estritamente médico e vai para a arena do conjunto das reivindicações por direitos sociais” (ibidem, p.192). A autora considera importante politizar a saúde, por meio de uma mudança no paradigma e de uma redefinição “do processo que leve em conta todos os aspectos que concernem ao corpo, à mente e ao meio ambiente” (ibidem, p.193). Evidencia-se, então, uma representação social da saúde/doença a partir não somente dos “aspectos universalmente observáveis”, mas a outros que “são peculiares a cada sociedade” (ibidem, p.193).

Minayo (1992, p.192) acrescenta que a Saúde Coletiva traz à tona conceitos como a Epidemiologia Social, definida como o ramo que “estuda a distribuição e a influência dos fatores sociais na saúde” (SOUZA; GRUNDY, 2004, p. 1357). A Epidemiologia Social articula que a sociedade e sua organização influenciam na saúde e no bem-estar dos indivíduos, demonstrando uma preocupação com as causas sociais mais profundas dos fenômenos de saúde, ou seja, politizando o objeto.

Reorientar a existência da conexão entre indivíduo, sociedade e seu ecossistema amplia o entendimento desta relação tríade com a saúde/doença. Além disso, permite inferir que as condições de saúde são marcadas por contradições de uma sociedade desigual e com relações sociais assinaladas por essas diferenciações de classes. Tal complexidade dos fenômenos é reconhecida por Minayo (1992, p.251), mas a autora considera que reconhecê-la “é requisito indispensável para pensá-los cientificamente: não existe nenhuma simplicidade nos microfenômenos, o fato aparentemente mais simples é um complexo de relações.” Esse intrincado de relações também pode ser encontrado na conexão entre saúde, comunicação e cidadania, conforme é explicitado no próximo tópico.

3 Comunicação e saúde na promoção da cidadania

Mostrar a relação da saúde com a comunicação é considerado por Kucinski (2000, p.182) como um importante instrumento na ampliação dos direitos de cidadania. Isso porque tais relações representam matrizes para se estabelecer um novo padrão de conexões sociais entre agentes de saúde e cidadãos, “baseada na interlocução, participação e co-responsabilidade nas decisões de saúde” (ibidem, p. 183). Partindo do pressuposto de que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado (ibidem), dentro do campo da comunicação, pressupõe-se que a cobertura de saúde seja considerada um “jornalismo de serviço” (ibidem). O autor considera que a saúde, assim como as políticas públicas e terapias de saúde, adquirem “um valor político na esfera da cidadania”

Dois pontos devem ser considerados para o comunicador que trata do tema: a necessidade de uma visão holística do processo saúde-doença; e a ciência de que existe um relativismo “na prática médica dominante” (KUCINSKI, 2000, p.183). Contudo, o discurso que predomina na mídia é o de saúde combativa, que combate os sintomas, mas não as causas. Nessa linha de raciocínio, não se investigam as causas de um problema que, de acordo com o autor, “seriam a consequência da má qualidade ambiental ou de vida” (ibidem, p.183)

Quanto à má qualidade de vida, uma das soluções colocadas por Kucinski (2000, p.183) é a inserção de políticas públicas em saúde. Porém, o jornalista deve se manter crítico em relação a tais políticas, “e perceber o caráter utópico, e, em alguns casos, o caráter de fuga das campanhas públicas, quando tentam erradicar uma endemia sem alterar as condições sócio-econômicas que são a sua causa principal.”

O autor ainda ressalta que as campanhas comunicacionais em saúde são insatisfatórias por diversos motivos, como “nossa falta de conhecimento ou nossos equívocos no entendimento da relação entre mensagem e receptor, no papel da interatividade, na capacidade de a informação mudar hábitos, ideias ou estilos de vida, no papel das linguagens na comunicação” (ibidem, p. 185).

Além do desconhecimento do processo de transmissão e recepção da mensagem por parte de quem produz a informação, outro aspecto que atrapalha na comunicação para a saúde é a demarcação ética da qual trata o jornalismo. O comunicador deve ter senso crítico ao se envolver em campanhas de políticas públicas em saúde, para não “trocar a lógica analítica e explicativa do bom jornalismo pela lógica da persuasão” (ibidem, p.185).

Apresenta-se também como dilema ético a questão de que as ações apresentadas em campanhas para a saúde são frequentemente apresentadas como as únicas possíveis. Contudo, todas as campanhas não são neutras, envolvem opções (ibidem). Tais opções, seja do Estado ou do veículo midiático, envolvem um contexto de opções políticas, determinações de classes ou estamentos, bem como os interesses financeiros ou geopolíticos.

Em uma afirmação polêmica, Kucinski (2000, p.185) considera que campanhas massivas, como a de vacinação, são paliativos para não precisar “mexer na estrutura econômica e social” de doenças que são decorrentes de “uma sociedade desigual e um habitat sujo.” A afirmação permite a inferência de que as campanhas de saúde são, de forma geral, uma maneira de mascarar uma questão mais abrangente, que envolve opções políticas de não se tratar o cerne do problema, que é a desigualdade social.

4 Modelo de comunicação para políticas públicas

Concordando com Kucinski (2000) sobre a necessidade de inserção de políticas públicas para a sociedade, Inesita Araújo (2004, p.167) propõe um modelo comunicacional que represente uma prática comunicativa como um processo de intervenção social que concretize as políticas públicas. Para a autora, na sociedade contemporânea, a comunicação opera como um mercado, “onde os sentidos sociais – bens simbólicos – são produzidos, circulam e são consumidos” (ibidem). E os indivíduos que vivem nesse mercado negociam sua participação, com o objetivo de ampliar sua influência. Contudo, em uma sociedade desigual, tais interesses são motivos de conflitos, já que “os interesses não são harmônicos”: em um mercado simbólico, a luta se dá por posições de poder discursivo.

Em um mercado simbólico, quem detém da competência linguística exerce também uma distinção social perante o outro. Contudo, essa competência é exercida desigualmente, “monopolizada por alguns”, enquanto outros “são despossuídos em graus variados” (ibidem, p. 169). Isso se dá porque o espaço comunicativo é pré-construído, ou seja, “operado por um grupo social determinado, regido por regras determinadas, que estabelecem, entre outras coisas, quem pode falar e o que se pode falar” (ibidem, p. 169).

Araújo (2004, p.172) ressalta que a desigualdade dos discursos se reflete em duas instâncias: nas condições de produção – que aparece de forma mais evidente, pois é determinada, por exemplo, por quem detém o controle dos canais de comunicação. Mas, é

na circulação de informação que as desigualdades sociais aparecem de maneira mais evidente: em maio a tantos discursos, “quem consegue ser ouvido” (ibidem) é quem detém o poder de comunicação.

Outro ponto que reflete a assimetria do poder discursivo são as condições de consumo da informação, posto que, para alguns setores específicos, como os da saúde coletiva ou dos que lutam pela democratização da informação, as possibilidades de acesso a outras fontes de informação são dificultosas.

Para mudar o quadro, Araújo (2004, p.173) propõe um modelo de comunicação “reticular, multipolar, multidirecional, desenvolvido para compreensão da prática comunicativa no campo das políticas públicas” (figura 1). Esse modelo promove uma fluidez dos interlocutores, estejam no centro ou na periferia, para que favoreçam o “equilíbrio de forças” (ibidem, p. 174).

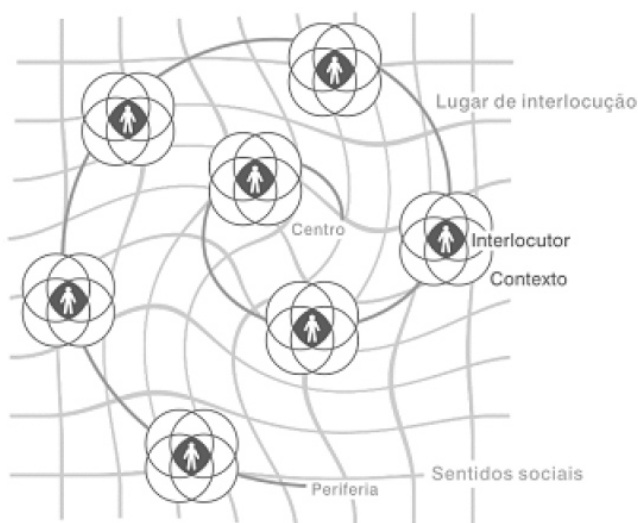


Figura 1: *representação do modelo de comunicação completo, proposto por Araújo (2004, p.173)*

Dessa maneira, o modelo proposto por Araújo (2004) visa ampliar os discursos, baseando-se na premissa que nossa sociedade é desigual, o que, conseqüentemente, demonstra que as oportunidade de discurso no mercado simbólico também não são as mesmas. Nesse sentido, um modelo de comunicação multidirecional proporcionaria uma democratização das vozes que compõem o campo das políticas públicas. Assim, não só o saber técnico entraria nas pautas, mas possibilitaria uma ampliação de vozes dos setores periféricos, os quais igualmente mostrariam seus sentidos e significados.

5 Como os meios de comunicação retratam a saúde?

Em complemento à necessária modificação no modelo comunicacional de saúde, Bueno (1996), no volume “Comunicação para a saúde: uma experiência brasileira”, coloca contribuições práticas para que se aprimore o jornalismo que trata do tema. Para ele, o perfil da comunicação para a saúde no Brasil é, resumidamente, baseado nas seguintes características: fragmentação, preconceito, reducionismo, mitificação e corporativismo. No que tange ao estilo, o Brasil possui duas maneiras de se fazer comunicação para a saúde, que são: as campanhas de âmbito nacional; e a veiculação de informações sobre Medicina/Saúde em reportagens, colunas ou artigos, em meios eletrônicos e/ou massivos (BUENO, 1996, p.14).

Essas possibilidades “encerram gargalos e distorções”, porque estão vinculadas a fatores como a “proposta editorial dos veículos, a atuação corporativa da chamada ordem médica, a ingenuidade e o despreparo de jornalistas e comunicadores em geral, a omissão dos governantes e o lobby da indústria da saúde” (ibidem).

Quanto às características anteriormente citadas da mídia para a saúde, Bueno (1996) dá o seguinte parecer:

1) Fragmentação: “as notícias e reportagens fluem na mídia como peças de um quebra-cabeça que nunca se completa” (ibidem, p. 15), o que gera confusão, pois o cidadão “fica preso num conjunto formidável de dilemas” (ibidem). Isso ocorre menos porque “a ciência ainda não deu resposta confiável” às questões de saúde, e mais porque a mídia “oscila em função de espasmos de divulgação, pouco preocupada em avaliar a qualidade das informações que chegam a ela ou de verificar o interesse das fontes que as produzem” (ibidem). Por ser uma característica da mídia notadamente mercadológica, a fragmentação viabiliza o maniqueísmo do bem contra o mal, como se cada dilema fosse um grande espetáculo.

2) Foco na doença: cria um caráter fatalista, desviando o olhar de que faltam políticas públicas sobre saúde, e elegem os microorganismos como vilões. Ao concentrar o foco na doença, as “matérias não permitem a elaboração de uma proposta informativa que privilegie a prevenção, a educação para a saúde e o debate sobre as condições econômicas e sócio-culturais que podem conduzir a uma melhor qualidade de vida” (ibidem, p.16).

3) Visão preconceituosa das terapias alternativas: com raras exceções, a mídia ignora ou mantém sob suspeita as medicinas alternativas – acupuntura, homeopatia,

medicina oriental (ibidem, p. 16); possui uma visão cientificista, “que se apega a determinadas convicções ou paradigmas”; exclui soluções “que não se enquadram nas concepções ocidentais de doença e cura e do homem como um somatório de órgãos (...) e aparelhos ou sistemas” (ibidem, p.17); não admite o ser humano como um ser integral; não faz concessões a ações que se situam fora do campo da técnica e da ciência; por fim, “ridiculariza as emoções como sintoma da fragilidade humana e encara a opção não materialista como desvio da normalidade” (ibidem).

4) Notícia como espetáculo: a medicina e a saúde se prestam a soluções miraculosas, prometendo curas, “desvendando os mistérios do corpo e da mente e propagando medicamentos e equipamentos que integram o aparato tecnológico à disposição dos médicos” (ibidem, p.17). Essa “espetacularização da notícia de saúde permite que se fantasie a realidade” e, “ao invés de promover a confiança no talento humano, alimenta, a médio prazo, a desesperança, ao mesmo tempo que desinforma, estimula o consumo inconsciente de medicamentos e desarma os espíritos para a importância da prevenção” (ibidem).

5) Mito da técnica onipotente: vende-se a ideia de milagre, com a finalidade de viabilizar a inquestionável onipotência da técnica. Por outro lado, a divulgação espetacularosa de erros médicos os levam à perda de credibilidade, bem como o surgimento dos “novos gurus (os curandeiros modernos)” (ibidem, p. 18).

6) Legitimação do discurso da competência: essa característica coloca o profissional de saúde, o especialista, “como a única fonte capaz e com legitimidade para expressar conceitos relacionados com esta área, descartando a conveniência de outras falas” (ibidem, p.18). Tal visão corporativista resume que o saber técnico fica dividido nos que o dominam ou não, ou seja, quem tem o discurso da competência “faz parte do clã; aqueles que não o manipulam não têm o aval da tribo” (ibidem, p.19). Esse discurso cria um relacionamento verticalizado, não democrático, “exclui o saber popular e a experiência transmitida pelas gerações ao longo do tempo, por não estarem revestidos da lógica científica e não terem obtido a aprovação da Academia” (ibidem). O autor acredita que não se deve subestimar os profissionais da medicina, mas que “a Medicina e a saúde não devem constituir-se em preocupação e em espaço de reflexão apenas para os profissionais desta área” (ibidem).

Com o objetivo de avançar o quadro apontado, Bueno (1996) propõe algumas estratégias, como:

a) Tom coloquial: a adoção do coloquialismo “cria intimidade” com o leitor (ibidem, p.25) e promove a remoção do “relacionamento verticalizado entre o especialista e o leigo.”

b) Uso do bom humor: é essencial para romper com a formalidade dos textos científicos. Com o recurso, pretende-se “mostrar ao leitor que os termos científicos não são estranhos apenas a ele e que o autor do texto também se incomoda com algumas descrições e termos técnicos” (ibidem, p.26).

c) Didatismo: o compromisso com o didatismo mira esclarecer os jargões técnicos, e serve para remover o tom de “aula de ciências” que muito circunda o discurso científico (ibidem, p.27).

d) “Ganchos” com a atualidade: na divulgação científica, a cultura jornalística demonstrou que “a ‘colagem’ da informação científica a uma pauta de atualidade aumenta bastante o índice de leitura” (ibidem, p.27). O próprio trabalho de contextualização “contribui para despertar o interesse, para incentivar a leitura e para efetivar uma nova proposta de comunicação para a saúde” (ibidem, p. 28).

e) Adequação ao formato: tentar diminuir o tamanho dos textos e inserir elementos gráficos, bem como valer-se das possibilidades multimidiáticas, por meio da inserção de elementos como vídeos, infográficos, imagens, etc. (ibidem, p.30).

O autor acredita que a informação em saúde se constitui em uma ação pedagógica, sendo necessário buscar a informação correta, a partir de fontes gabaritadas. Além disso, a informação deve trazer à tona questões como a importância de uma relação transparente no relacionamento entre médico e paciente, com obediência a princípios éticos, e inclusive tratar de assuntos diversificados, como o perigo da automedicação e as vantagens da prevenção.

6 Considerações finais

Partindo dos princípios da Promoção da Saúde e do setor da Saúde Coletiva, reconhece-se que as condições de saúde/doença não são somente atribuição individual ou causa do estilo de vida moderno, mas igualmente relacionada ao contexto cultural e político específico da sociedade em que o indivíduo se insere. E, assim como afirmam Araújo (2004), Minayo (1992) e Kucinski (2000), vale reforçar que a desigualdade social é o pano de fundo e a raiz de grande parte dos problemas que envolvem a saúde do indivíduo.

Ao abordar a saúde, o comunicador deve ter ciência dessas premissas em sua formação, a fim de que amplie seu arsenal analítico para investigar os fatores que possibilitem a ocorrência de um quadro doente. Isso porque um comunicador crítico da área de saúde pode fomentar discussões em torno de patologias sociais, decorrentes das condições ambientais ou socioeconômicas.

Tanto Kucinski (2000) como Araújo (2004) destacam que os motivos da ineficiência de determinada campanha comunicacional em políticas públicas se dão pela falta de conhecimento na relação entre emissor e receptor, bem como no desconhecimento das possibilidades de discursos plurais que se encerram nos segmentos da sociedade. A ingenuidade dos jornalistas (BUENO, 1996), somada à ausência de ampliação da discussão para os determinantes sociais envolvidos, constituem-se em entraves na abordagem da saúde. Estas limitações levam às características apontadas por Bueno (1996), como fragmentação, preconceito, reducionismo, mitificação e corporativismo.

Outro ponto a respeito das ações comunicacionais do Estado é que as escolhas das prioridades se baseiam em diversas forças, sejam elas de ordem política ou mercantil. Isso deixa o Estado – e, por consequência, a mídia – em posições frequentemente contraditórias: ora favorecendo e fomentando a cidadania e os direitos sociais, ora beneficiando alguns grupos, com interesses privados.

Kucinski (2000) defende uma posição mais radical, pois considera que as campanhas comunicacionais do Estado – que envolvem opções ideológicas e, portanto, não são neutras – objetivam, em última instância, a continuidade das desigualdades, neutralizando-as com campanhas massivas em saúde, como a vacinação. Já Araújo (2004) denuncia a existência da exclusão de vozes no discurso comunicativo central em favor de outros, fator que representa também a desigualdade de discursos.

Atualmente, os setores de saúde colocados no centro do lugar da interlocução são o saber médico, técnico e científico, favorecimento que acarreta em determinados saberes aparecendo como as fontes legitimadoras da verdade. Enquanto isso, os demais saberes, como os populares ou da Saúde Coletiva, são alijados do sistema comunicativo, isto é, colocado na periferia do discurso comunicacional (ARAÚJO, 2004).

Para modificar o quadro, são necessárias ações tanto no âmbito individual como no coletivo: na instância individual, o jornalista deve ser crítico, permitindo que outras vozes circulem, bem como deve também acionar seu perfil profissional analítico quanto às

campanhas que visem à saúde – uma vez que tais campanhas não são neutras. No âmbito coletivo, cabe uma inserção políticas públicas em comunicação, com o objetivo de viabilizar a entrada de discursos que se situam na periferia, para que caminhem em direção ao centro, de maneira multipolar e multirecional (ARAÚJO, 2004). Essa pluralização permite que os cidadãos tenham ciência de que existem outras possibilidades de se compreender a saúde, saindo do campo estritamente individual, e entrando nas questões sociais e passíveis de serem modificadas, com base em políticas que envolvem não somente o saber médico, mas uma intersectorialidade de profissionais (MINAYO, 1992).

Somado ao modelo comunicacional proposto por Araújo (2004), Bueno (1996) elenca dicas para se tratar da temática da saúde. Embora o livro tenha sido publicado em 1996, nota-se uma permanência das problemáticas colocadas pelo autor – e não somente no jornalismo de saúde, mas também nas demais editorias.

As propostas de melhorar o discurso na área, como coloquialismo, bom humor, didatismo, adequação ao formato e ganchos com a realidade, são elementos que podem fomentar o interesse do cidadão. Contudo, as dicas de nada adiantam se as demais características permanecerem, isto é, a fragmentação, preconceito, reducionismo, mitificação e corporativismo. Nessa medida, por mais que se tenha um texto comunicativo baseado no coloquialismo, gancho com a atualidade, didatismo, bom humor e adequação ao formato, tais diretrizes não favorecem o cerne da questão, se o discurso de saúde continua fragmentado e preconceituoso.

Ainda assim, o modelo proposto por Araújo (2004) e as dicas fornecidas por Bueno (1996) visam minar esse tipo de cobertura. No entanto, vale destacar que a cobertura midiática é um reflexo do sistema político social vivenciado na contemporaneidade, isto é, baseado na fragmentação, desigualdade de sujeitos no espaço público, culpabilização dos indivíduos e ausência de questionamentos da prática médico/científica. Cabe ao comunicador adotar uma postura ética e crítica, que viabilize uma estratégia em comunicação que objetive a ampliar os discursos, evitando a mera consulta ao aval científico e médico, pois este não são os únicos solucionadores dos processos que envolvem a saúde e a doença (MINAYO, 1992).

Referências bibliográficas

ARAUJO, Inesita Soares de. Mercado Simbólico: um modelo de comunicação para políticas públicas. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 8, n. 14, Feb. 2004. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832004000100010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 jun.2012.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832004000100010>.

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

COSTA, Christiane Gasparini Araújo. **Segurança Alimentar e Nutricional: significados e apropriações**. São Paulo: Annablume; Fapesp, 2011.

ECO, Umberto. **Como se faz uma tese**. 14. ed. São Paulo: Editora Perspectiva S.A., 1996.

KUCINSKI, B. Jornalismo, saúde e cidadania. **Interface; comunicação, saúde, educação**. n. 6, 2000, p. 181 – 186.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 1992.

SOUZA, Elza Maria de; GRUNDY, Emily. Promoção da saúde, epidemiologia social e capital social: inter-relações e perspectivas para a saúde pública. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, Oct. 2004. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000500030&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 de jun.2012
<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000500030>.