



INTERCOM – Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação
XXV Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação – Salvador/BA – 1 a 5 Set 2002

A INFORMAÇÃO COMO INSUMO NO SISTEMA DE SAÚDE (PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DA DOENÇA) É DIREITO DO CIDADÃO¹

Elizabeth Castro Maurenza de **OLIVEIRA**

Doutora em Ciências da Comunicação

Universidade Metodista de São Paulo

Resumo

A informação sobre saúde é um insumo que reduz os índices de morbidade e o índice de mortalidade proporcional verificável, comparando-se os perfis entre países desenvolvidos e países em desenvolvimento. Assim, a informação sobre saúde produzida especificamente, distribuída de acordo com seus públicos alvos e utilizando os veículos adequados de comunicação, cria uma "cultura da saúde" que contribui para a promoção da saúde, prevenção das doenças e melhoria da qualidade de vida da população. O *Proyecto Cobertura de la Salud en los Medios de Comunicación (Proyecto Comsalud)*, solicitado pela Organização Mundial da Saúde/Organização Pan-Americana de Saúde e desenvolvido por 12 universidades da América, cujos principais resultados são ora apresentando, aponta a precariedade das informações e a necessidade de aprimorar a ciência da comunicação para a saúde através de equipes interdisciplinares, reunindo representantes da área da saúde pública (médico sanitaria e pediatra), agentes da comunicação (editores de veículos comunicacionais e jornalistas), administradores do sistema de saúde e pesquisadores interessados na interface saúde-comunicação e para quem a informação sobre saúde é estratégica na redução dos custos e encargos da doença no Brasil.

SAÚDE E MÍDIA

COMUNICAÇÃO E SAÚDE PROYECTO COMSALUD

O novo modelo de saúde baseado na promoção inclui educação, informação e comunicação dentro das estratégias básicas para provocar o desenvolvimento, as alterações e reforçar as condutas que contribuem para evitar os riscos contra a saúde e a promoção de hábitos saudáveis.

Dentro do contexto de aplicação deste novo modelo de saúde, é necessário investigar como está sendo realizada a difusão das mensagens, através dos meios de comunicação de massa (imprensa, rádio e televisão, TV), quais são os canais, que por suas próprias características técnicas são capazes de veicular grandes quantidades de mensagens que afetam o comportamento das massas, induzindo-as a atuar de determinadas maneiras.

O tratamento que cada meio dá às mensagens, tanto formal quanto lingüístico e de conteúdo; a relação contextual que supõe a seletividade e transmissão da mensagem por parte do emissor e sua interpretação por parte do receptor; a forma como a população é afetada e reconhece os significados das

¹ Trabalho apresentado no NP09 – Núcleo de Pesquisa Comunicação Científica e Ambiental, XXV Congresso Anual em Ciência da Comunicação, Salvador/BA, 04 e 05. setembro.2002.



INTERCOM – Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação
XXV Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação – Salvador/BA – 1 a 5 Set 2002

mensagens; a disponibilidade das fontes de informações e forma como as políticas dos meios de veiculação e as políticas de saúde pública são combinadas para serem levadas ao público, são elementos que precisam ser conhecidos quando se pretende intervir nos meios comunicacionais, para promover a saúde e prevenir enfermidades.

A partir destas considerações, está explícito o cenário no qual encontramos um projeto de investigação sobre a cobertura das informações sobre saúde nos meios de comunicação latino-americano chamado *Proyecto Cobertura de la Salud en los Medios de Comunicación (Proyecto Comsalud)* que averiguou tais questões, através de um diagnóstico exploratório, acrescentando-se, então, que o histórico do referido Projeto e mais informações sobre ele estão contido na tese de doutoramento de Maurenza de Oliveira (2002).

Não há lugar para dúvidas quanto aos meios de comunicação massiva constituírem uma das fontes essenciais de informação em saúde para a população latino-americana, ainda que nem sempre a informação em saúde se iguale ao conceito de prevenção (Atkin; Wallack, 1990, *apud* Obregon, 1997). Apesar do sem número de campanhas de comunicação orientadas para mudanças de comportamento e atitudes em populações específicas, muitas das enfermidades extremamente associadas aos hábitos de vida dos indivíduos ainda prevalecem, significativamente, nos países em desenvolvimento, e a América Latina não é exceção, como Obregon (1997) ressalta, apesar de todos os esforços por parte de instituições multinacionais, organizações não governamentais (ONG's), governos e grupos comunitários.

Quando se fala em comunicação em saúde é muito importante ter em conta como está a agenda pública sobre o tema: o que se entende por saúde? O que se vê e se escuta sobre saúde? Com que frequência, a quem se convoca, qual é o tipo de mensagem que utilizam os meios de comunicação massivos para formar opinião ou simplesmente para informar? A saúde em reforma e com novas visões converteu-se em determinante do desenvolvimento concebido como a união de esforços para obter uma alta qualidade de vida individual e coletiva. É neste panorama que a comunicação se posiciona como propulsora do processo de motivação, educação, informação, capacitação, reflexão, ação e mobilização para obter estilos de vida saudáveis e participação auto-gestora dos grupos populacionais em seu próprio desenvolvimento. (Bitancur *et al.*, 1998).



As políticas de ajustes econômicos e a reorganização e privatização de muitos serviços sociais tradicionais, sobretudo, em certas economias emergentes (como é o caso específico do Brasil), têm resultado em reduções nas verbas para vários setores de serviços públicos. Disto decorre aumento na escassez de distribuição de recursos necessários para a educação, saúde e outros serviços sociais dos quais carece um significativo contingente da população, notadamente, em nosso País, que mantém triste liderança no grau de iniquidade da distribuição de renda (Epstein *et al.*, 2001).

Sabe-se que as enfermidades transmissíveis, inclusive infantis e os cuidados pré-natais e pós-natais, podem até certo ponto ser prevenidas, através de campanhas informativas ao público. Tais enfermidades representam, proporcionalmente, maiores índices de mortalidade nos países do Terceiro Mundo do que nos países mais industrializados, com o conseqüente custo social. Só este fato já indica, especificamente, a relevância da comunicação como fator de melhoria das condições de saúde nos países terceiro-mundistas, mediante informação ou campanhas.

Com a finalidade específica de ilustrar a origem desta afirmativa, apresentamos um comparativo entre as causas de morte, de acordo com a classificação do Banco Mundial e a Organização Mundial de Saúde (OMS), que consta do *World Developed Report*, divulgado em Oxford, ainda em 1993:

- ❑ doenças transmissíveis (contagiosas) + maternal e pré-maternal, consideradas como passíveis de redução pela influência da informação adequada;
- ❑ doenças não transmissíveis e degenerativas ;
- ❑ ferimentos de natureza intencional e não intencional.

Países desenvolvidos	10.883,1	
Países em desenvolvimento	39.087,9	
TOTAL	49.971,0	100

Do total de mortes estimadas, 12,78% ocorrem em países desenvolvidos, enquanto 78,22%, em países em desenvolvimento.



INTERCOM – Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação
XXV Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação – Salvador/BA – 1 a 5 Set 2002

Países em desenvolvimento	39.087,9	100
Países da América Latina	2.992,0	

Fica evidente que, nos países desenvolvidos, onde há maior informação sobre saúde, apenas **5,28%** referem-se a mortes causadas por doenças transmissíveis, maternas e pré-natais (2,13% menos que ferimentos), contra **87,31%** para doenças não transmissíveis; e que a relação altera-se, significativamente, para países em desenvolvimento, sendo: **41,23%** para doenças transmissíveis, maternas e pré-natais (36% a mais) com relativa proximidade às doenças não transmissíveis (**50,02%**).

A maior parte dos levantamentos da importância relativa de diferentes doenças é baseada em quantas mortes causam. Entretanto, existem muitas doenças ou condições que não são fatais, mas que são responsáveis por grande perda de vida saudável, por exemplo: depressão crônica e paralisia causada pela pólio. Estas condições são comuns, podem durar longo tempo e, freqüentemente, levam a significativas demandas sobre o sistema de saúde.

Assim sendo, um outro indicador muito mais eficiente do que o índice das causas de morte é aquele que a OMS define, qual seja, um índice capaz de quantificar a perda de vida saudável causada por 100 doenças, o *Global Burden of Disease* (GBD), que combina a perda de vida causada por morte prematura (em relação à expectativa média de vida) com a perda de vida saudável. O GBD é medido em unidades de anos de vida ajustados à perda ou incapacidade: *Disability Adjusted Life Years* (DALY).

Para qualificar a perda total de vida saudável, o Banco Mundial e a OMS fizeram um relatório, onde as doenças estão distribuídas em 109 categorias, com base na classificação internacional de doenças (nona revisão). Tais categorias cobrem todas as causas possíveis de morte e, aproximadamente, 95% das possíveis causas de incapacidades.

A perda DALY foi, assim, distribuída percentualmente nos vários continentes e países, no ano de 1990 (Murray; Lopez, 1994, p.27):



INTERCOM – Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação
XXV Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação – Salvador/BA – 1 a 5 Set 2002

	África	Índia	China	A. Latina	Oriente Médio	Ex-socialistas	Grupo dos 7
Doenças transmissíveis	71.3	50.5	25.3	42.2	51.0	8.6	9.7
Doenças não transmissíveis	19.4	40.4	58.0	42.8	36.0	74.8	78.4
Acidentes	9.3	9.1	16.7	15.0	13.0	16.6	11.0
TOTAIS (%)	100	100	100	100	100	100	100

A partir deste breve demonstrativo, mais uma vez, é possível confirmar que, além das causas de morte, a incapacidade também prevalece nas nações, onde a tradição cultural e o acesso à informação são inferiores. Observa-se, ainda, que no chamado *Grupo dos 7* e *Ex-socialistas*, o índice de doenças transmissíveis (susceptíveis à informação, um insumo relativamente barato) é menor e o índice de doenças não transmissíveis (de caráter mais crônico, degenerativos, que demandam insumos mais caros) é maior.

Certamente, uma solução razoável para a saúde das populações deve ser articulada com a solução de outras questões, como habitação, educação, condições sanitárias e, possivelmente, a raiz de todas: a iniquidade extrema, entre nós, a distribuição de renda, como reforçado por Jatene (1999).

A má distribuição de renda é, no caso brasileiro, a razão pela qual, apesar de o País figurar como a décima potência econômica do mundo, com renda *per capita* de cerca de 5.000 dólares por ano, exhibe indicadores de saúde mais precários do que muitos de seus vizinhos latino-americanos, mesmo alguns com renda *per capita* inferior (Organização Pan-Americana de Saúde, 1998b). Apesar de um investimento médio razoável em saúde, o Brasil, segundo relatório da OMS, aparece em 125ª posição entre 191 países, segundo matéria da Folha de São Paulo, datada de 21 de junho de 2000.

A comunicação, como agente de mudanças do comportamento, tem proporcionado experiências mundiais que alcançaram êxito. Cabañero-Verzosa (1996) publica uma série de relatos de projetos patrocinados pelo Banco Mundial (*World Bank's Development Report*), cujo capítulo inicial - *Why communication to change behavior is important* - destaca que as intervenções efetivas na saúde exigem mudanças de comportamento, contendo, acrescentando, em seu anexo *Best practices*. Os projetos implantados são sumariamente descritos, inclusive com metodologia e resultados. São eles: Campanha para planejamento familiar (Bangladesh); Cobertura crescente da imunização e



INTERCOM – Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação
XXV Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação – Salvador/BA – 1 a 5 Set 2002

Campanha de nutrição sobre o iodo (Equador); Melhoramentos na categoria nutricional (Indonésia); Campanha para incentivar a amamentação (Jordânia); Promoção da sexualidade responsável entre os jovens (Filipinas) e Campanha para redução da expansão do HIV/AIDS (Zaire).

No México, a Universidad Nacional Autónoma del México (UNAM), em seu programa de pós-graduação em medicina, editou o livro *Comunicación para la salud: una estrategia para la participación comunitaria* (Baena Paz y Montero Olivares), com o propósito de atuar como manual que oferece os recursos necessários para que a comunicação funcione como ferramenta fundamental em qualquer programa de saúde. A lógica do texto da publicação ora referendada remete o leitor, primeiramente, aos fundamentos de uma comunicação para a saúde e, depois, para o estudo das estratégias de comunicação, particularmente, participativas, que privilegiam o trabalho da comunidade.

Em suma, a comunicação constitui ferramenta utilizada, com frequência, pelos governos em seus programas de promoção da saúde, como se comprova em diversas conferências internacionais sobre promoção da saúde, de onde importantes documentos são extraídos como propostas de políticas para saúde. Assim ocorreu em Alma-Ata - União Soviética, 1978 (*Saúde para todos no ano 2000*); em Ottawa¹, 1986 (*Proporcionar aos povos meios necessários para melhorar a saúde e exercer um maior controle sobre a mesma*); em Bogotá², 1992 (*Convocar, animar e mobilizar um grande compromisso social para assumir a vontade política de fazer da saúde uma prioridade. Impulsionar o conceito de saúde condicionada a fatores políticos, econômicos e sociais, culturais, ambientais, éticos e biológicos e a promoção como uma estratégia para modificar esses fatores condicionantes*) e, finalmente, em 1997, na Declaração de Jacarta³, a OMS admite que: "A medida que se aproxima o novo milênio, fica claro que a saúde para todos não chegará no ano 2000 e que o plano deveria ser reexaminado no contexto dramático das mudanças sociais, econômicas e políticas."

Na Declaração de Jacarta, em seu item 4 (*Aumentar a capacidade comunitária e dar direito de vez ao indivíduo*), é assegurado que **a promoção da saúde efetua-se pelo e como o povo e não sobre e para o povo**. Os veículos de comunicação possibilitam à comunidade a melhoria das suas capacidades na busca de instrução prática, treinamento de lideranças e acesso aos recursos. Dar direito de voz às pessoas requer acesso mais consistente ao processo de tomada de decisão e às habilidades e ao conhecimento essenciais para efetuar mudanças. Tanto a comunicação tradicional como os novos meios de informação apoiam este processo. É necessário utilizar os recursos sociais, culturais e espirituais de maneira inovativa.

No Brasil, entre programas e projetos que o Ministério da Saúde mantém,

¹ <http://www.saude.gov.br/programas/promocao/ottawa.htm>

² <http://www.saude.gov.br/programas/promocao/bogota.htm>

³ <http://www.saude.gov.br/programas/promocao/jacarta.htm>

1 Trabalho apresentado no NP09 – Núcleo de Pesquisa Comunicação Científica e Ambiental, XXV Congresso Anual em Ciência da Comunicação, Salvador/BA, 04 e 05. setembro.2002.



destaca-se o Projeto de Promoção da Saúde, Municípios Saudáveis. Com o exame dos seus respectivos documentos, percebe-se, na abertura da reunião preparatória que trata do lançamento da Rede Brasileira de Municípios Saudáveis, a função fundamental que a informação desempenha entre os municípios, para o sucesso do Projeto. Angel Valência, por exemplo, representante adjunto da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) no Brasil, ressaltou a importância e o papel essencial na troca de informações, *“transformando as experiências em informações; as informações em conhecimento; o conhecimento em ações que geram novas experiências.”*

Na América Latina, diante da preocupação da OMS no que diz respeito à relevância da comunicação no processo de melhoria da saúde, surge, em 1997, o *Proyecto Comsalud*, com planejamento e execução sob coordenação de um comitê rotativo de representantes da OPAS, OMS, Basic Support for Institutionalizing Child Survival (BASICS) e Federação Latino-Americana de Faculdades de Comunicação (FELAFACS), além de pesquisadores representantes de instituições de ensino superior de comunicação social em vários países que teriam como responsabilidade compor um Protocolo de Investigação para a unificação da base da pesquisa, preparado, analisado e aprovado em reunião realizada em fevereiro de 1997, na Universidade de Lima - Peru.

A finalidade dessa pesquisa seria fazer um primeiro diagnóstico da cobertura da saúde nos meios de comunicação de diversos países latino-americanos, com o propósito de estabelecer uma linha básica da cobertura. A partir de então, seria urgente delinear passos operativos que permitam aproveitar oportunidades detectadas que, atualmente, na opinião do grupo, são perdidas ou desaproveitadas. Este diagnóstico exploratório permitiria executar alguns dos objetivos específicos, quais sejam:

- ❑ Dispor de um arquivo ilustrativo de mensagens de saúde recolhidas e analisadas em cada país;
- ❑ Formar um grupo de interesse de reflexão-ação em torno do tema comunicação para a saúde;
- ❑ Colher os resultados do diagnóstico preliminar;
- ❑ Sugerir propostas concretas e derivadas da prática para aperfeiçoar a metodologia, o instrumental e as operações de investigação do *Comsalud*.



INTERCOM – Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação
XXV Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação – Salvador/BA – 1 a 5 Set 2002

Para se chegar a estes objetivos, propôs-se um diagnóstico exploratório com a análise de conteúdo dos principais meios de comunicação no País, tendo como meta primordial reconhecer e recolher mensagens sobre saúde, analisando-as, posteriormente, segundo o Protocolo de Investigação, preenchendo, no momento, a *Ficha de Recolección de Datos*.

Durante a etapa piloto e de desenvolvimento, o *Comsalud* trabalhou com as seguintes universidades públicas e privadas da América Latina e Caribe: Universidad Nacional de Cuyo (Argentina); Universidad Gabriel René Moreno (UAGRM, Bolívia); Universidade Metodista de São Paulo (UMESP, Brasil); Universidad Diego Portales (Chile); Universidad Pontificia Bolivariana (Colômbia); Universidad Del Norte (Colômbia); Universidad Del Azuay (Equador); UNAM (México); Universidad de Lima (Peru); Universidad Autónoma de Santo Domingo (República Dominicana); Universidad de la República Oriental del Uruguay (Uruguai); Universidad del Zulia (Venezuela). Os resultados mais expressivos foram consolidados em planilhas e podem ser sumariamente descritos por categorias. Dentre elas, destacam-se as mais importantes:

- **TEMAS:** na média das variáveis sugeridas, predominantemente aparece *serviços de saúde* (10,6%) entre todos os países, seguido de *meio ambiente e saúde* (10%). As nações que mais reforçam os cuidados com o meio ambiente são: Argentina (21,3%) e Chile (20,4%). O tema menos abordado é *formação acadêmica* (0,6%) e em alguns países, este item nem é sequer citado. No Brasil, o tema mais abordado é *serviço de saúde* (19,5%), mas de forma negativa. Entre todas as alternativas, a de maior frequência em todos os países é *saúde e desenvolvimento*, com o índice de 30,3%, na Bolívia.

- **ARGUMENTOS:** na média das variáveis sugeridas predomina o argumento *prevenção* (10,4%) e as nações que mais o utilizam são: Chile (45,1%) e México, com 32,2%. Entre todos os itens desta categoria, o de maior destaque é *mal-estar* (45,8%): na Argentina e na Venezuela (20,3%), porém é pouco destacado na Colômbia (3,1%). Outro argumento de muito destaque é a *promoção*. No Uruguai, chega a 23,2%, ainda que apareça muito pouco na Bolívia (2%). No Brasil, o argumento mais utilizado é *prevenção*, com 19,3% e o menos utilizado, *liberdade* (0,3%), que também é o de menor destaque quando se analisa o total dos demais países.



INTERCOM – Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação
XXV Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação – Salvador/BA – 1 a 5 Set 2002

- **SUGESTÃO DE COMPORTAMENTO SAUDÁVEL:** é uma categoria de mensagens que pode ser muito explorada pelos profissionais responsáveis pela divulgação de mensagens sobre saúde. Infelizmente, em média, 41% das mensagens não sugerem qualquer tipo de comportamento saudável ou mencionam ações saudáveis. O mesmo comportamento ocorre em nove das 12 pesquisas efetivadas. Quando ocorre a sugestão para comportamentos e ações saudáveis, o fato relaciona-se a *ações individuais*, como aparece, em destaque, no México (47,4%). Na Bolívia, *ações individuais* são muito pouco sugeridas (1,5%), mas é o País que chama a atenção ao sugerir *ações comunitárias* (26,1%). O Brasil apresenta poucas sugestões de *ações comunitárias* (3,3%), mas muitas *ações públicas* (25,4%). Entre todos os itens desta categoria; na opção **sim** (mensagens que apresentam alguma sugestão), seguindo o México, aparece Colômbia (40,6%) no item sugestões de ordem *individuais*. É preocupante o fato de poucas mensagens sugerirem ações e estas estarem concentradas mais em ações individuais, quando o mais eficiente seria que as comunidades adotassem medidas que, efetivamente, contribuíssem para elevar o nível de saúde das pessoas.

- **DESCRIÇÃO PREDOMINANTE:** nesta categoria, analisa-se como o fato se apresenta para o receptor: se como *enfermidade* (41%) ou como *saúde* (54%). Em termos genéricos, registra-se equilíbrio entre a maioria dos países. Alguns apresentam maior disparidade. Exemplificando: no Chile, 79,4% das mensagens apresentam o fato como *saúde* e 20,6%, como *enfermidade*. No México, também há diferença acentuada: 74,6%, como *saúde* e 25,4%, *enfermidade*.

- **GÊNERO:** aqui, predomina o gênero *notícias* (49,43%), sobretudo, no caso da Bolívia, com 75,4%. O gênero *crônica* destaca-se no México (57%), onde aparece muito pouco o gênero *editorial* (0,2%), também o menos utilizado nos outros países. *Reportagem* aparece com boa frequência no Brasil (30,2%) e Chile (18,4%), como o segundo gênero mais utilizado em mensagens de saúde.

- **APELAÇÃO:** esta categoria analisa as formas de apelo utilizadas para sensibilizar o receptor quanto ao conteúdo que se deseja passar na mensagem. Predomina a *cognitiva* (65%), embora a *afetiva negativa* tenha sido significativa no México, com o percentual de 43,2%. A *afetiva positiva* também ocorre no Peru (29,8%), Colômbia (23,9%) e Uruguai (25,2%). A forma de apelação que menos aparece no conjunto dos países é a *ética* (7,8%) e o país onde predomina é exatamente o Brasil, onde atinge 17,1%.



INTERCOM – Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação
XXV Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação – Salvador/BA – 1 a 5 Set 2002

As demais categorias não constam de todos os relatórios, o que impossibilitou a consolidação em planilhas. Mesmo assim, é possível extrair alguns indicativos ora relatados:

- ❑ **FORMATO:** prevalece o formato página especializada para jornal, noticiários em TV e entrevista no rádio.
- ❑ **EXTENSÃO:** a recomendação é para que se avaliasse o tempo de duração das mensagens na TV e no rádio por segundos de exibição e, no caso de jornal e revista, o espaço ocupado no veículo de comunicação em centímetros quadrados, verificando-se, ainda, a presença ou não de fotos, desenhos e/ou gráficos. Em termos gerais, todos os países detectaram que se destina muito pouco espaço à saúde nos meios de comunicação. A maior parte é sempre dedicada ao futebol, aos outros esportes e política.
- ❑ **SUJEITOS A QUE SE REFEREM AS MENSAGENS:** os sujeitos deveriam ser distribuídos, separadamente, por idade, utilizando-se uma classificação geral (diferente do protocolo): todos, genérico (quando não discrimina nem prioriza grupos de idade) e ainda - não se aplica (quando não se refere às pessoas, mas a temas: meio ambiente, desenvolvimento, por exemplo); crianças e adolescentes ou adultos. Nesta mesma categoria, deveriam apresentar os sujeitos classificados por gênero: mulheres, homens, homo/bissexuais, afeta a ambos ou não se aplica. A grande maioria das mensagens, na América Latina, não citam, explicitamente, o sujeito por gênero, apresentando, quase sempre: não se aplica ou afeta a ambos.
- ❑ **DESCRIÇÃO DO LUGAR ONDE OCORRE O EVENTO OU GRUPO DE REFERÊNCIA:** dever-se-ia classificar entre nacional e internacional, com a ressalva de que, para um relatório consolidado, deixa de ser relevante em qual país ocorreu o evento em pauta. Somente seria internacional, se fosse relativo a outro continente. Quando o evento foi classificado como nacional, deveria mencionar a região e/ou a localidade e ainda se faz parte da região urbana ou rural. Nesta mesma categoria, para assuntos nacionais, deveria ser mencionado se o nível sócioeconômico é superior, médio e/ou baixo. Esta classificação tem muito a ver com a cultura de cada país e de sua própria interpretação e conceituação do que é nível econômico, ou seja, o que se leva em conta como ponto de referência para qualificar as classes econômicas e sociais.
- ❑ **FONTE QUE RESPALDA A MENSAGEM:** a classificação primeira é: **sim** ou **não** para a pergunta: *A mensagem tem respaldo ou fontes explícitas?*



INTERCOM – Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação
XXV Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação – Salvador/BA – 1 a 5 Set 2002

Selecionar uma das alternativas seguintes, em caso positivo: fontes próprias (investigação); fontes do Estado (ministérios da saúde, seguridade social ou outros organismos estaduais); fonte do setor privado (saúde, medicina alternativa/tradicional, outros); ONG's; agência de imprensa (internacional ou nacional); organismos internacionais (OPAS/OMS, UNESCO, outros); comunidade organizada (sindicatos, grêmios, comunidades religiosas etc.) ou ainda: outros meios de comunicação (quando a informação é repassada por um outro meio). A finalidade principal era identificar os principais responsáveis pelas informações para orientações futuras, o que, naquele momento, não integrava nosso objetivo central, principalmente, porque foram feitas avaliações, quase sempre qualitativas, mencionando muitas fontes diferentes e impossibilitando a consolidação. A maioria dos relatórios não apresenta como fonte de notícias ou mensagens de saúde os órgãos governamentais.

- **LINGUAGEM UTILIZADA:** praticamente todos os relatórios mencionam, ao final: *predomínio de linguagem acessível ao público em geral*. As demais possibilidades podem ser assim enunciadas: *não acessível ao público em geral; linguagem confusa, não clara e uso de terminologia especializada*, resgatando a função de um meio de comunicação eficiente no sentido de utilizar linguagem acessível aos usuários.

Feita a análise global, entendemos que o próximo passo deve ser a exposição dos pontos críticos desta pesquisa, que envolveu horas de dedicação de alunos, professores e entidades seriamente comprometidas com a temática - comunicação e saúde. Foram eles:

(1) **Seleção da amostra:** foi considerada pequena em relação ao período de observação e à relevância do assunto. Apenas uma semana em um mês/ano e, especialmente a TV (três dias). Tão pouco tempo não é suficiente para a generalização desejada. Igualmente, a escolha da data, ficando a pesquisa à mercê de algum acontecimento sensacionalista, imprevisível para todos os países que ocorra no período selecionado e domine a programação, comprometendo a afirmativa de como está a cobertura permanente de saúde nos meios de comunicação.

Sugere-se uma amostra probabilística de semanas compostas (Lozano Rendón, 1997) alterando, inclusive, o total de dias analisados. Seriam coletados as mensagens de saúde, em dois jornais com características definidas (um formador de opinião e outro popular, mas ambos com tiragens expressivas) nos diversos dias da semana Para a revista, recomendam-se duas revistas, com tiragem expressivas para o período total de três edições semanais. Para o rádio e a TV, a preocupação é semelhante no que diz respeito a acontecimentos sensacionalistas que ocorram no período selecionado e



INTERCOM – Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação
XXV Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação – Salvador/BA – 1 a 5 Set 2002

dominem a programação, comprometendo a afirmativa generalizada de como está a cobertura permanente de saúde nos meios de comunicação. A recomendação seria a seleção de dias alternados entre rádio e TV no período de seis semanas (amostra probabilística de semanas compostas), com gravação da programação integral em duas emissoras de rádio (uma AM e outra FM) e duas emissoras de TV (uma rede nacional com a maior audiência comprovada e outra escolhida estrategicamente com reconhecida audiência local), durante o mesmo período das demais coberturas

(2) **Hipóteses para a pesquisa:** sentimos falta da elaboração de algumas hipóteses que auxiliassem no momento da análise dos dados, ajudando a definir perguntas a serem feitas para melhor categorização. As hipóteses deveriam ser discutidas pelo grupo de pesquisadores antes do início das análises. Sugerimos leituras e discussões de textos que tratem do tema de interesse do grupo (comunicação para saúde) para a definição de expectativas para a pesquisa. Recomendamos, ainda, consulta a pesquisas da área médica (medicina social e epidemiológica) com o intuito de comparar o quadro de saúde na América Latina e as reportagens e publicidades de saúde veiculadas pela mídia para averiguar se guardam alguns graus de referência em seus âmbitos nacionais. Hipóteses mais genéricas e imediatas também poderiam ser sugeridas para melhor compreensão dos objetivos gerais da pesquisa, por exemplo:

- ❖ Há variações quantitativas preferenciais entre os vários gêneros e formatos?
- ❖ A proporção das mensagens preventivas sobre o total é constante nos vários meios (impressos, TV e rádio)?
- ❖ Existem descritores temáticos preferenciais característicos dos vários meios e mesmo entre os meios impressos entre si (jornais diários e revistas) ou entre as rádios (AM e FM) ?
- ❖ As proporções dos descritores temáticos sobre o total das mensagens guardam alguma relação com o perfil de mortalidade em cada região ou país analisado?
- ❖ Os argumentos que sugerem a mensagem têm alguma relação de proporcionalidade com alguns descritores temáticos?
- ❖ Há alguma correlação entre os indicadores de saúde dos respectivos países nos relatórios mundiais publicados pela OPAS e os resultados obtidos através do protocolo?



INTERCOM – Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação
XXV Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação – Salvador/BA – 1 a 5 Set 2002

Neste contexto, concluímos que o *Proyecto Cobertura de la Salud en los Medios de Comunicación (Proyecto Comsalud)*, levado a efeito em 11 países da América Latina por pesquisadores de 12 universidades via cursos de comunicação, registra uma inovação em termos de realização simultânea em nações distintas, com uma proposta discutida por um grupo de professores, representantes das organizações patrocinadoras na área da saúde e da comunicação.

A partir das constatações desta primeira fase do *Proyecto Comsalud*, pode ser definida a segunda, comentada e sugerida no relatório da OPAS/OMS, a ser executada em cada universidade, para onde retornam os resultados obtidos de cada país, com o título de *Proyecto Comsalud II - Comunicación y Salud Publica: un proyecto integrado*. Seu objetivo é provocar uma cobertura da mídia sobre saúde com o fim de reduzir os índices de doenças. A seqüência deste projeto na segunda fase representa alteração do paradigma até então observado. A proposta é uma investigação participativa com o princípio básico de fornecer a informação específica de saúde ao público, informação esta concernente à prevenção e, quando possível, à cura de certas enfermidades. A idéia matriz é integrar a informação como insumo no sistema de saúde.

Os procedimentos a serem indicados devem se fundamentar numa análise de custo-benefício. Trata-se de observar como os custos de serviços de saúde, a cobertura pela mídia, a disponibilidade de recursos técnicos e os perfis de morbidade podem variar tanto regionalmente, como entre as nações, a partir das indicações próprias de cada país participante. Além do mais, deve se constituir um grupo de trabalho piloto para elaborar um manual contendo a descrição dos procedimentos que devem ser seguidos pelos grupos de trabalho de cada país, garantindo, por conseguinte, a uniformidade de procedimentos.

O objetivo específico deste projeto é indicar procedimentos na direção da construção de um *"pacote de informações"* direcionado à mídia, identificando as necessidades e carências informacionais da população de cada país, em particular. O *"pacote"* é original no sentido de incluir a informação sobre saúde a ser divulgada pela mídia como insumo no sistema de saúde agregado a outros insumos, tais como: serviços médicos, paramédicos e hospitalares, equipamento, medicamentos etc.

Os princípios e fundamentos desta proposta estão associados a estudos para quantificar a carga das doenças e a construção de um indicador, o DALY, antes mencionado. Uma das conclusões é que uma avaliação racional das políticas para a melhoria da saúde requer informações básicas das patologias e correspondentes encargos das doenças.

REFERÊNCIAS

1 Trabalho apresentado no NP09 – Núcleo de Pesquisa Comunicação Científica e Ambiental, XXV Congresso Anual em Ciência da Comunicação, Salvador/BA, 04 e 05. setembro.2002.



INTERCOM – Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação
XXV Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação – Salvador/BA – 1 a 5 Set 2002

ATKIN, C.; WALLACK, L. (Ed.) **Mass communication and public health: conflicts and complexities**. London: Sage, 1990.

BITANCUR, M. L. *et al.* **Proyecto Comsalud: cobertura de la salud en los medios de comunicación en Colombia**. Medellín: [s.n.], 1998.

CABAÑERO-VERZOSA, C. **Communication for behavior change: a tool kit for task managers; an overview**. [S. l.]: The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank, 1996.

EPSTEIN, I. *et al.* (Org.). **Mídia e saúde**. Adamantina: UNESCO/UMESP/FAI, 2001.

JATENE, A. Novo modelo de saúde. **Estudos Avançados**, São Paulo, n. 35, 1999.

LOZANO RENDÓN, J. C. **La técnica del análisis de contenido en la investigación de la comunicación de masas**. São Paulo: Universidade Metodista de São Paulo, 1997.

_____. **Teoria e investigación de la comunicación de masas**. México: Alhambra Mexicana, 1996.

MAURENZA DE OLIVEIRA, E. C. **Proyecto Comsalud para América Latina: uma análise crítica**. 2002. Tese (Doutorado em Comunicação Social) - Universidade Metodista de São Paulo, São Paulo, 2002.

MURRAY, C. J. L.; LOPES, A. D. (Ed.) **Global comparative assessments in the health sector**. Genebra: WHO, 1994.

_____. **The global burden of disease**. [S.. l.]: WHO, 1996.

OBREGON, R. Proyecto comunicación y salud: resultados preliminares de la investigación comsalud en Colombia. In: IX REUNION ANUAL DE FELEFACS Y REUNION COMSALUD, 9., 1997. [**Anais...**] Barranquilla: [s.n.], 1997.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. BASIC SUPPORT FOR INSTITUTIONALIZING CHILD SURVIVAL. UNESCO. **Protocolo de Investigación del Proyecto Comsalud Cobertura de la Salud en los Médios**. [s. n. t.].

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **La salud en las Americas**. Washington, 1998a. v. 1.

_____. **La salud en las Americas**. Washington, 1998a. v. 2.