

Uma Análise Crítica da utilização do Modelo Informacional no discurso de Comunicação e Saúde no Brasil¹

Mayara Martins da Quinta Alves da Silva²
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS)

Greicy Mara França³
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS)

Resumo

Considerando as abordagens científicas a respeito do entendimento do processo comunicacional na sociedade e da inserção do jornalismo neste contexto, este artigo demonstra, através de um levantamento bibliográfico, a força da construção social da realidade sobre saúde formatada historicamente, e relata a participação do jornalista, enquanto mediador e ator desta construção. Como percepção final, nota-se que o modelo informacional (transmissionista) é o que mais se enquadra à maneira como a comunicação se entrelaça com a saúde no Brasil, repassando sistematicamente um discurso pré-formatado do setor público à população, sem considerar a complexidade diferenciada de cada esfera social.

Palavras-chave: Comunicação e Saúde; Opinião Pública; Saúde Pública.

Introdução

Formatado em 1948, o modelo informacional, transmissionista, ou de Shannon e Weaver, foi estabelecido como um modelo de engenharia das telecomunicações a partir da monografia do matemático Claude Elwood Shannon que cria uma teoria matemática da comunicação e que depois é acrescida das modificações feitas pelo matemático Warren Weaver (MATTELART, Armand; MATTELART, Michéle, 1999, p. 58).

Tal teoria, criada durante a II Guerra Mundial (1939 - 1945) junto ao desenvolvimento tecnológico das demandas do momento, visava “otimizar a transferência

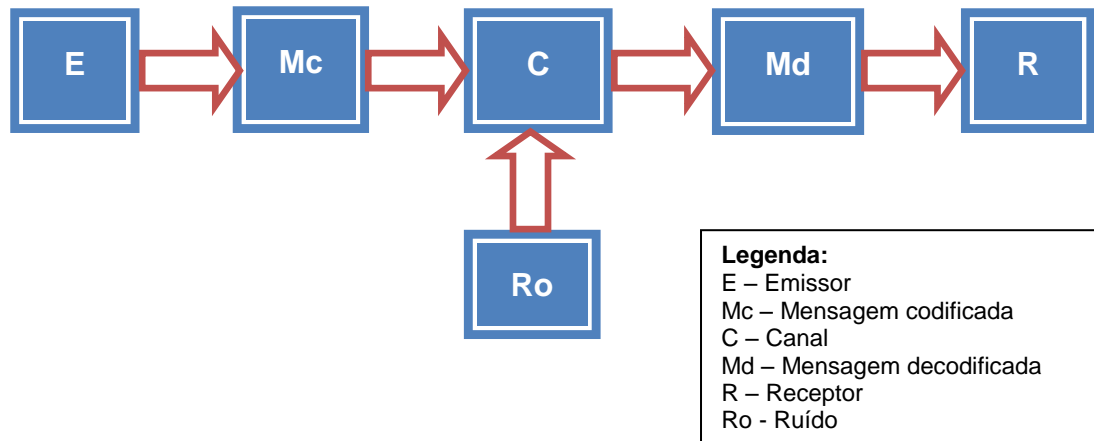
¹ Trabalho apresentado no GP Comunicação, Ciência, Meio Ambiente e Sociedade, XIV Encontro dos Grupos de Pesquisas em Comunicação, evento componente do XXXVII Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação.

² Mestranda em Comunicação pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS); coordenadora de Comunicação e Saúde do Núcleo de Comunicação, Saúde e Meio Ambiente (NCSMA) da UFMS.

³ Professora doutora do Mestrado em Comunicação da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) e coordenadora geral do Núcleo de Jornalismo Científico (NJC), e do Núcleo de Comunicação Saúde e Meio Ambiente (NCSMA) da UFMS.

de informações telegráficas de um aparelho a outro” (ARAÚJO; CARDOSO, 2007, p.43), ou seja, repassar informação por meio de um sistema que possibilitasse o recebimento da mensagem enviada em outro extremo o mais fielmente possível, garantindo o fluxo e eficácia do processo, em esquema como o demonstrado a seguir:

Figura 1 – Representação do Modelo de Comunicação “Shannon e Weaver”



Apesar de sua origem matemática, o modelo informacional ganhou fama nos estudos da comunicação, pois apesar de não ter sido desenvolvido especificamente para as pesquisas da área, constituía um modelo representativo.

Mais do que representativo o modelo de Shannon e Weaver era hegemônico em uma época de alta dos paradigmas do positivismo e o funcionalismo, que depois serão contestados, com elementos importantes para a compreensão da comunicação sob um viés analítico, em um momento que a comunicação se estruturava como área da ciência.

A problemática não está no uso do modelo informacional nos estudos e pesquisas de comunicação em sua época de origem, como um parâmetro para percepções iniciais, ou ainda na utilização dos mesmos para compreensão de certos elementos da comunicação. Critica-se aqui o uso do modelo informacional no processo comunicativo institucional de saúde no Brasil, que estrutura-se a partir das informações fornecidas pelas instituições oficiais responsáveis pela saúde coletiva, isto é, pelo Estado e que são repassadas à população.

O modelo informacional no processo de Comunicação e Saúde

Para observar o uso inadequado do modelo informacional no processo de comunicação e saúde (C&S), Araújo e Cardoso (2007, p.45) colocam passo a passo as características do modelo que em geral são repetidas na estruturação das mensagens oficiais dos órgãos de saúde brasileiros, em seus produtos e discursos, e que muitas vezes são reproduzidos e repercutidos por seus receptores. Aqui nos interessa avaliar a recepção de tais mensagens pelo jornalista e de que maneira ele as reproduz pelas mídias.

O primeiro aspecto retratado é a linearidade do modelo, onde a mensagem percorre um único caminho sem ser tensionada por fatores adversos, isso por uma visão tecnológica da comunicação e desconsiderando questões como a subjetividade do ser humano, as reações cognitivas e os processos que coexistem com o âmbito comunicativo, como o econômico e político que desestabilizam o aspecto linear da comunicação.

Em segundo ponto, aborda-se a unidirecionalidade: a mensagem sai de um extremo e chega a outro sem inversões de sentido, uma comunicação de mão única. A terceira crítica recai, então, na observação de que os extremos no modelo de comunicação sugerem uma ideia de bipolaridade, terceira consequência de se seguir o modelo informacional, onde há dois polos de relação, a do emissor como detentor do conhecimento e do receptor como decodificador, em uma tentativa de simplificação o processo.

O apagamento dos ruídos que intervêm no canal de transmissão da mensagem é mais um fator focado por Shannon e Weaver na tentativa de garantir a eficácia da bipolaridade da comunicação eliminando qualquer voz dissonante do discurso estabelecido.

Por fim, citam-se as questões relacionadas à língua. No modelo informacional, o entendimento de língua é de uma conjunção de códigos com significado preestabelecidos e estabilizados. Desconsiderando o dinamismo de significação das palavras e os contextos onde elas se inserem.

Devido à simplificação da compreensão da linguagem, o último ponto é então o entendimento instrumental que se tem sobre a mesma. A linguagem, nesse contexto é considerada como mera ferramenta para transmitir a mensagem estabelecida e padronizada.

O discurso de Comunicação e Saúde no Brasil

Todos esses fatores relacionam-se com o estilo de comunicação em saúde institucional adotado pelo Brasil historicamente. O cenário no país, no início do século XX, logo após a primeira Guerra Mundial (1914 - 1919), era palco de debate intenso sobre a saúde.

Em suma, o entendimento de C&S no país foi caracterizado pela Reforma Carlos Chagas⁴, quando em 1919 é aprovado um novo Código de Saúde Pública e a posterior criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) em 1920, o entendimento das relações entre saúde e sociedade passa a ser estabelecido (ARAÚJO; CARDOSO, 2007).

Com o acirramento da crise social, finda a Primeira Guerra Mundial, a década de 1920 foi marcada por um grande debate sobre o projeto nacional, mobilizando importantes segmentos de trabalhadores, militares, industriais, funcionários públicos e intelectuais. A saúde não ficou fora disso; muito pelo contrário, estava no centro do debate e, após ter sido cenário e objeto de campanhas e revoltas nos primeiros anos do séc XX, participou desse movimento, principalmente através de um processo de (re)organização dos serviços de saúde, que ficou conhecido como Reforma Carlos Chagas (ARAÚJO; CARDOSO, 2007, p. 40).

A saúde, a partir desse ponto, é visualizada nacionalmente do meio para o indivíduo e o foco que se dá nas mensagens é o de mudança dos hábitos, com um viés sanitarista. Um modelo que historicamente ignorava os determinantes sociais das doenças e confiava à educação dos indivíduos a superação do atraso e a instalação de condições mais propícias ao progresso.

Dez anos depois da criação do DNSP, em 1930, um influente médico da época, Miguel Couto, sugere a criação do Ministério da Educação segmentado nos departamentos de ensino e de higiene, que se tornaria o Ministério da Educação e Saúde Pública em 14 de novembro de 1930. Miguel Couto é o expoente das ideias de saúde e que em certos pontos são repercutidas ainda hoje (CASTIEL; SILVA, 2009, p. 84).

⁴ A Reforma Carlos Chagas é um ponto histórico importante no entendimento sobre saúde no Brasil, pois foi a partir dela que se estabelecem parâmetros de educação sanitária. Para (BRAVO, 2001, p.3), a saúde pública, na década de 1920, adquire novo relevo no discurso do poder. Há tentativas de extensão dos seus serviços por todo país. A reforma Carlos Chagas, de 1923, tenta ampliar o atendimento à saúde por parte do poder central, constituindo uma das estratégias da União de ampliação do poder nacional no interior da crise política em curso, sinalizada pelos tenentes, a partir de 1922.

Às autoridades públicas caberia a missão de reformatar os pobres em figuras modelares de trabalhadores disciplinados e saudáveis pela erradicação de seus hábitos considerados degradantes. À razão iluminadora caberia o papel de conduzir a massa indolente – politicamente vulnerável ao apelo de agitadores, adocida pela lastimável inferioridade dos incultos – à erradicação de pragas que lhe obliteravam a evolução pela mão da ordem e do progresso. O analfabetismo, associado à ignorância em geral, às trevas do saber e à opacidade do entendimento do mundo, é encarado pelo dr. Miguel Couto como uma chaga que levaria a ruína a sociedade (CASTIEL; SILVA, 2009, p. 85)

Castiel e Silva (2009) explicam que o discurso de especialistas como Miguel Couto adquirem *status* e consolidam-se como verdades além do debate, e que isso se repete atualmente com o discurso de saúde estabelecido pelo poder público. Nota-se também o quão ultrapassado e ao mesmo tempo tão presente e enraizado é ainda esse mesmo discurso de erradicar hábitos degradantes a partir da disciplina em saúde, o que não se traduz na real educação para saúde.

Esse conceito de “modelar hábitos” é verificável em algumas campanhas publicitárias institucionais que abordam atitudes saudáveis e preventivas em forma de comportamentos padrões ensinados, que não situam o contexto sócio-cultural das enfermidades, o local onde estão inseridas, o porquê, o como, e simplesmente expõem uma fórmula mágica da saúde, focada na educação sanitária (CASTIEL; SILVA, 2009).

Um exemplo de uso de tal “fórmula mágica” do discurso em saúde no Brasil, são as campanhas de prevenção ao vírus HIV com conotação de auto-responsabilização mostrando ao cidadão que um simples passo o impedirá do mal trazido pela enfermidade e, conseqüentemente, incitando que a não aceitação dessa fórmula faz recair a responsabilidade de escolha em contrair ou não a doença.

Com esse gancho, os pesquisadores Diercks, Pekelman e Wilhems (2003), após concluírem em pesquisas antecedentes o reducionismo do material publicitário de prevenção relacionado ao vírus HIV, realizaram oficinas oferecidas em quatro bairros periféricos de Porto Alegre (RS) e estruturam a partir da construção coletiva, um material de educação e saúde que formava uma nova campanha de prevenção formatada conjuntamente à população e com adequação de linguagem ao público-alvo onde o material foi veiculado, considerando os fatores sociais que englobam a comunidade.

O produto final era então fruto de uma pluralidade de vozes, de uma construção conjunta do material com os responsáveis técnicos e com o público a que se destinaria tal mensagem. A mesma medida, dessa maneira exata, não é aplicável ao jornalismo, porém o

aprendizado de polifonia social é que deve ser atentado com esse exemplo, ou seja, a compreensão de que é necessário considerar as diversas vozes, opiniões e vivências do público-alvo.

Nesse sentido, “a construção de um material dessa natureza é também uma crítica ao material educativo disponível onde os problemas de saúde são sempre abordados com um enfoque reducionista, com predomínio do conhecimento oficial” (DIERCKS; PEKELMAN; WILHEMS, 2003, p. 6).

O reducionismo do modelo informacional que fica explícito em materiais governamentais informativos de saúde tem que ser considerado pelo jornalismo no momento da utilização das informações estatais como fonte, e não veiculado na íntegra, para que não haja repercussão de um discurso simplista, tecnicista, unidirecional, bipolarizado e de detenção do conhecimento.

Ainda acredita-se na possibilidade de neutralização de hábitos perniciosos como a adicção à nicotina, a exposição excessiva aos raios solares sem proteção, a inatividade física e as dietas saturadas de lipídeos e pobres em fibras ao alcance da disseminação de estímulos cognitivos eficientes (CASTIEL; SILVA, 2006, p.51).

Castiel e Silva (2006) relatam que as mensagens buscam na comunicação institucional um “alinhamento comportamental” e ainda compactua com a opinião de que o discurso estatal de comunicação em saúde no Brasil parte de pressupostos relacionados à eficácia do modelo linear de comunicação e estigmatizando os indivíduos como se “estivessem fixados semântica e socialmente em um universo de sentido únicos e imutáveis” (CASTIEL; SILVA, 2006, p.51).

Sob a perspectiva do entendimento de Araújo e Cardoso (2007), os materiais informativos/educativos em saúde tratam a população como carente e ignorante. As autoras compreendem o “ruído” do modelo informacional não com conotação negativa, mas como a representação de vozes sociais construtivas e presentes necessariamente em todas as situações comunicativas.

O embasamento de C&S diante do modelo informacional empobrece a concepção do entendimento da comunicação enquanto processo, uma vez que o modelo é construído de maneira focalizada na minimização de interferências, o que em C&S ocasiona a repercussão de informações descontextualizadas que retiram o campo da saúde da prática de construção social.

A perspectiva desenvolvimentista no Brasil trouxe o sentido de associação da comunicação com o desenvolvimento da nação e a superação da pobreza, nas épocas do governo de Juscelino Kubitschek - JK (1956 – 1961) e no regime militar (1964 - 1985), sendo enraizadas até hoje as estratégias comunicacionais elaboradas pela ditadura (ARAÚJO; CARDOSO, 2007).

Permanece ainda na democracia um aspecto centralizador de saberes de informações no Estado e reproduzido pelo jornalismo de saúde que muitas vezes repete visões ultrapassadas. “A compreensão de que nosso interlocutor também possui conhecimentos pertinentes ao seu próprio desenvolvimento é uma conquista da maior importância para o campo da C&S.” (ARAÚJO; CARDOSO, 2007, p.52).

Sendo assim, as autoras compreendem que com a criação do modelo de comunicação em dois fluxos (*two-step flow of communication*) com o início da compreensão do mediador inserido em grupos sociais dinâmicos, exemplificado pelo modelo de Lazarsfeld⁵ (1944), a saúde logo incorpora essa vertente, mas dando enfoque apenas ao papel instrumental do mediador e o retirando de seu conceito enquanto pertencente a certos grupos sociais.

Isso devido à força hegemônica da matriz informacional na C&S, onde o mediador é entendido enquanto dispositivo de melhoria da eficiência da mensagem com os multiplicadores, monitores e agentes de saúde assumindo esse papel de absorver as informações e o entendimento oficial estabelecido pelo poder público e repassar à população.

Esses modelos já passam a desenvolver uma pesquisa mais completa sobre a comunicação que apesar de ainda subestimar a capacidade interpretativa dos receptores, já não os consideram extremamente passivos como nas abordagens pré-funcionalistas com a teoria das balas mágicas ou chamada ainda de teoria da agulha hipodérmica.

Em relação ao mediador Mauro Wolf (1995) debate que o fator das subordinações do material produzido em redação, devido a forças de dirigentes internos, patrocinadores ou ainda de acordo com índices de audiência, tornam o jornalista mero *middle man*, um

⁵ O modelo de Lazarsfeld, estabelecido em 1944, passa a compreender o entendimento do mediador como um importante marco do estudo da comunicação. “Após vários meses de pesquisa em Erie, os pesquisadores perceberam que as pessoas pareciam muito mais influenciadas nas decisões políticas pelo contato face a face do que diretamente pela comunicação de massas. Eles reviram seus processos e descobriram então, o papel do líder de opinião, alguém que fazia ponte entre as mensagens dos meios de comunicação e o eleitorado. Eles analisaram a importância desse grupo primário no qual ocorre a comunicação em duas etapas: uma das pessoas mais expostas à mídia e outra dessas pessoas para as que pouco se expõe à mídia” (GUARALDO, 2007, p.13).

simples mediador subordinado às mazelas produtivas e não um emissor com liberdade de criação independente do contexto mercadológico.

As exigências de organização e de estrutura e as características técnico-expressivas, próprias de cada meio de comunicação de massa, são elementos cruciais para determinar a representação da realidade social fornecida pela mídia”, salienta Wolf no sentido de demonstrar as forças externas (WOLF, 1995, p.190).

A relação Mídia e Saúde

A mídia e a saúde relacionam-se de forma intensa e diversificada. Alguns veículos compactuam com a disseminação do discurso das instituições públicas de saúde, repetindo-os sem interpretá-los e sem se ater ao pluralismo social; outros estabelecem uma vertente diferenciada os analisando criticamente. Há também outro setor que desconhece ou desconsidera o discurso estatal em sua produção.

Para Sousa (2002) o jornalismo está atrelado aos fatores internos e externos do processo de produção midiática, e ao mesmo tempo independente de todos eles. Por fazer parte intrinsecamente dos processos sociais, o jornalismo interfere em todas as esferas, mas não da maneira extremista visualizada por alguns autores, enquanto “aparato do governo”, e sim como fruto do contexto histórico.

Assim sendo, a seleção de acontecimentos e de fontes decorreria ‘naturalmente’ do profissionalismo jornalístico: as notícias não seriam, geralmente, narradas sob uma perspectiva conscientemente ideológica, embora sejam ideológicas enquanto entidades contributivas para a manutenção do *status quo* (SOUSA, 2002, p.109).

Os contrapontos e o contexto da rotina jornalística são elementos que alteram a percepção da realidade do jornalista, e sua mediação com a concretização do material divulgado, que pode suscitar entendimentos e interpretações diversas, até da noção de “distorção involuntária”, causa do processo e das mazelas produtivas, como um todo (WOLF, 1995).

O livro Opinião Pública (LIPPMAN, 2008) traz a concepção de que os seres humanos condensam ideais em símbolo e que, portanto, o jornalismo não representa a verdade e sim “meias verdades”. O autor tem influências *frankfurtianas* e trata da luta

simbólica dos atores pelo controle do imaginário social, sendo esse imaginário passível de ser criado por mediadores como os jornalistas.

Nessa perspectiva, símbolos são um importante maquinário da comunicação humana e as ideias dizem respeito a eventos que estão fora da vista e do alcance dos olhos (imagens mentais dos eventos), na criação de uma espécie de “mundo imaginado”, definido como pseudoambiente por Lippman (2008).

O comportamento humano responde ao pseudoambiente simbólico criado por cada um de nós, e a construção deste pseudoambiente depende em grande parte da reprodução de partes da realidade retratadas pela mídia.

Mesmo que as percepções e ações humanas se pautem no pseudoambiente, nesse “mundo imaginado”, as consequências dos atos afetam o mundo real, ou seja, os efeitos sobre a audiência interferem simbologicamente no imaginário de cada indivíduo, mas também pode ter ações concretas do cotidiano; é uma abordagem que de certa forma valoriza demasiadamente os efeitos, sendo esse “valor” o fato de colocar grande importância sobre o mesmo e suas possibilidades de interferências (LIPPMAN, 2008).

Já as informações em saúde não refletem na mudança de atitude necessária e imediata do comportamento humano. Esse fator deve ser atentado tanto na construção da informação de saúde advinda da esfera pública, quanto na produção jornalística.

As características do modelo levaram – e ainda levam – educadores, comunicadores, planejadores e gestores da saúde a acreditarem que a prática comunicativa limita-se à transferência de informações a uma população que nada sabe de relevante sobre os assuntos que dizem respeito à sua saúde e sua vida (ARAÚJO; CARDOSO, 2007, p.46).

Os objetivos instrumentais⁶, de mudança de atitude através da informação, estipulados em uma mensagem nem sempre são alcançados. Mesmo em informações corretas, bem apuradas e bem construídas que alcancem o receptor que compreende a informação não necessariamente reflete na mudança dos hábitos e atitudes tomadas pelo receptor.

Grande parte da população sabe os riscos de não se usar protetor solar, por exemplo, mas a escolha de se usar ou não é do receptor; o que se deve ter como princípio é que esse

⁶ O conceito de objetivo instrumental é criado por Wilbur Schramm e explica a diferenciação entre esse que seria o objetivo que visa certa reação, atitude a partir da recepção da mensagem, contrapondo ao objetivo consumatório de mera absorção da mensagem, com intuítos como o de entretenimento (BERLO, 1968).

receptor tem o direito à informação educativa em saúde, fornecida com qualidade, independente das ações variadas que podem advir da mesma.

Conclusão

É necessário tomar conhecimento dos direitos sociais à saúde e à informação, que devem superar o discurso amparado no modelo informacional. O ato de promover o pluralismo social e as vozes dissonantes do contexto meramente institucional de saúde pública facilita a construção da mensagem jornalística de saúde e a sua adequação ao público, auxiliando o estabelecimento do campo de C&S integrado as relações sociais que de fato ocorrem.

A saúde tem um sentido compartilhado socialmente que é simplista, biologicista, atrelado a cura e a dualidade saúde/doença, estabilizado dessa maneira no cotidiano é um senso comum que atua de certa forma negativamente pro entendimento da saúde, formulado por “imagens de fácil trânsito comunicativo – traduzidas em opinião.” (SODRÉ, 2009, p.45)

Essa opinião compartilhada que permeia o entendimento de saúde em um viés de entendimento cotidiano reducionista, muito tem a ver com o discurso de saúde estabelecido e disseminado pelo poder público e conseqüentemente o histórico de comunicação e saúde no Brasil e a forma como as instituições oficiais de saúde se relacionam com essas questões.

O jornalismo em contra ponto a esse “senso comum”, deve compreender tal compartilhamento de sentido reducionista, o considerar, mas de alguma forma atuar como educador para o compartilhamento do de um novo sentido de saúde construída socialmente, que vai além do entendimento mecanicista conectado aos aspectos biológicos.

Referências Bibliográficas

ALSINA, Miguel Rodrigo. **A construção da notícia**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

ARAÚJO, Inesita Soares de. Comunicação e Saúde. In **Educação e saúde**. / Organizado por Carla Macedo Martins e Anakeila de Barros Stauffer. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. Disponível em: <<http://www.acervo.epsjv.fiocruz.br/beb/textocompleto/005921.pdf#page=101>>. Acesso em: 27 jun. 2013.

ARAÚJO, Inesita Soares de; CARDOSO, Janine Miranda. **Comunicação e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.

BERLO, David Kenneth. **O processo da comunicação**: Introdução à Teoria e Prática. 2. ed. Rio de Janeiro: Fundo de Cultura, 1968.

BRAVO, Maria Inês Souza. As Políticas de Seguridade Social Saúde. In: CFESS/ CEAD. **Capacitação em Serviço Social e Política Social**. Módulo III: Política Social. Brasília: UnB-CEAD/ CFESS, 2000.

CASTIEL, Luis David; SILVA, Paulo Roberto Vasconcellos. **Precariedades do excesso**: informação e comunicação em saúde coletiva. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

DIERCKS, Margarita Silva; PEKELMAN, Renata; WILHEMS, Daniela Montano. Uma pedagogia para a comunicação popular em saúde. In: SILVA, Jacqueline Oliveira; Ronaldo Bordin (org.) **Máquinas de sentido**: processos comunicacionais em saúde. Porto Alegre: Dacasa Editora. 2003.

GUARALDO, Tamara de Souza Brandão. **Aspectos da pesquisa norte-americana em comunicação**: primeira metade do Século XX. Disponível em: <<http://www.bocc.uff.br/pag/guaraldo-tamara-aspectos-da-pesquisa.pdf>>. Acesso em 27 jun. 2013.

LIPPMANN, Walter. **Opinião pública**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

MATTELART, Armand; MATTELART, Michéle. **História das teorias da comunicação**. 8 ed. São Paulo: Edições Loyola. 2005.

SODRÉ, Muniz. **A narração do fato**: notas para uma teoria do acontecimento. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

SOUSA, Jorge Pedro. **Teorias da Notícia e do Jornalismo**. Chapecó: Argos, 2002

WOLF, Mauro. **Teorias da comunicação**. Lisboa: Presença, 1995.