

CADERNO MÍDIA E SAÚDE PÚBLICA



DEZEMBRO/2006

CADERNO MÍDIA E SAÚDE PÚBLICA

Publicação comemorativa aos 60 anos da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. Os artigos reunidos foram apresentados no seminário *Mídia e saúde pública*, nos dias 4 e 5 de dezembro de 2006, que teve como objetivo promover a reflexão sobre o papel da mídia no sistema de defesa sanitária.

Coordenação Geral

Rubensmidt Ramos Riani

Editora Responsável

Adriana Santos

Coordenação Editorial

Júlia Selani

Marly Moisés

Coordenação do seminário *Mídia e saúde pública*

Adriana Santos

Daniela Venâncio

Colaboradores

Júlia Selani

Maritsa Quintino

Ernane Lopes

Sandra Rúgio

Santos, Adriana (Org.)

S237c Caderno mídia e saúde pública / Adriana Santos (org). – Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública/FUNED, 2006.

128p.; 18cm

1. Mídia – saúde pública 2. Mídia – mobilização social 3. Novas Tecnologias I. SANTOS, Adriana (org.) II. Escola de Saúde Pública

CDD 079.613

APRESENTAÇÃO.....	5
EDITORIAL.....	7
SOBRE OS AUTORES.....	9
O JORNALISMO E OS DILEMAS DA BIOÉTICA.....	15
<i>Bernardo Kucinski</i>	
MÍDIA E SAÚDE, SAÚDE NA MÍDIA.....	43
<i>Caco Xavier</i>	
A COBERTURA SOBRE SAÚDE RELATIVA À INFÂNCIA E À ADOLESCÊNCIA: UMA ANÁLISE COMPARATIVA DO MATERIAL VEICULADO POR 50 JORNAIS BRASILEIROS.....	57
<i>Guilherme Canela de Souza Godoi</i>	
A COMUNICAÇÃO DA SAÚDE NA WEB: OS COMPROMISSOS DE UMA AUTÊNTICA AÇÃO EDUCATIVA.....	71
<i>Wilson da Costa Bueno</i>	
DESAFIOS E CONTRADIÇÕES COMUNICACIONAIS NOS CONSELHOS DE SAÚDE.....	83
<i>Valdir de Castro Oliveira</i>	
MOBILIZAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE: O PAPEL DA COMUNICAÇÃO ESTRATÉGICA.....	101
<i>Márcio Simeone Henriques e Rennan Lanna Martins Mafra</i>	
COMUNICAÇÃO PARA MOBILIZAÇÃO SOCIAL EM DEFESA DA REDUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL E MATERNA EM MG – PROGRAMA VIVA VIDA.....	113
<i>Adriana Kfoury</i>	
DICAS DE SITES.....	121

APRESENTAÇÃO

Entre as ações comemorativas da passagem do sexagésimo aniversário da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais – ESP-MG –, inscreve-se a realização do seminário *Mídia e saúde pública*, do qual resulta a produção deste caderno.

A iniciativa de editá-lo, reunindo em suas páginas o conteúdo dos debates travados acerca do tema central, que dá o nome ao seminário, faz parte do elenco de definições dessa instituição – única no gênero mantida pelo governo estadual, com este perfil, na área de formação em saúde pública – no que diz respeito à ampliação de seus horizontes de interlocução com a comunidade, representada pelos diferentes segmentos que a constituem.

A mídia, em seus mais diversos veículos de comunicação, exerce, nesse contexto, um papel de fundamental importância, seja na difusão de orientações e informações de interesse coletivo em relação a procedimentos sanitários básicos, seja na formação da opinião pública quanto à promoção da saúde como um direito subjetivo de cada cidadão.

Espera-se, assim, que o conteúdo deste caderno cumpra o papel a que se destina: o de contribuir de forma efetiva para ampliar e intensificar a interlocução da ESP-MG com a sociedade mineira, usuária e mantenedora, pelos tributos que paga, dos serviços públicos de saúde, entre os quais se inscreve a própria formação de profissionais que, há 60 anos, lhe cabe realizar.

Rubensmidt Ramos Riani

Diretor da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais

EDITORIAL

A mídia tem um papel fundamental no mundo contemporâneo, que cada vez mais caminha em direção às sociedades do conhecimento, da informação, da comunicação. Não há como negar que a televisão, a imprensa escrita e falada e a internet são, potencialmente, espaços privilegiados de transformação e reflexão, aproximando pessoas e grupos, familiarizando o cotidiano, sustentando ou derrubando ideologias, apontando caminhos mais criativos, denunciando deformidades sociais, como a corrupção e a miséria. Cabe à sociedade brasileira, como receptora e emissora ativa e exigente, cobrar posturas éticas no cumprimento das atribuições jornalísticas e transparência na divulgação dos informes governamentais e institucionais. Não é uma tarefa fácil, mas possível e necessária para a consolidação da democracia.

Foi pensando em alguns dilemas da atualidade, que ganham visibilidade na mídia, que a Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, como parte das comemorações de seu 60º aniversário de fundação, organizou este caderno *Mídia e saúde pública*. Aqui, estão reunidos textos dos temas apresentados no seminário *Mídia e saúde pública*, iniciativa que teve como objetivo promover a reflexão sobre o papel da mídia no sistema de defesa sanitária e também propiciar o diálogo entre assessores de imprensa das instituições públicas de saúde, meios de comunicação e movimentos sociais.

Os leitores vão ter a oportunidade de refletir, junto com os autores, sobre a situação ética que envolve o papel do jornalista e da mídia na divulgação da saúde e do seu relacionamento com a área médica; as mídias em

sua relação com o conceito ampliado de saúde; a importância da comunicação no controle social; o papel da comunicação estratégica; a comunicação como ferramenta para a mobilização social; e as possibilidades de difundir conteúdos educativos no campo da saúde usando o ambiente web.

Boa leitura!

Adriana Santos

Coordenadora da Assessoria em Comunicação
e Mobilização Social da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais

SOBRE OS AUTORES

Adriana Kfoury

Bacharel em Ciências Sociais pela Universidade Federal de Minas Gerais e jornalista pela PUC-MG. No início dos anos 80 atuou como jornalista do Núcleo de Comunicação Comunitária do Governo de Minas. Integrou durante 4 anos a equipe de jornalismo do jornal Estado de Minas como repórter da área de comunidades e como subeditora do caderno Cidades. Foi produtora do departamento de jornalismo da TV Bandeirantes e coordenou a diretoria de comunicação social da Secretaria de Estado da Saúde no início dos anos 90. Atualmente coordena o núcleo de mobilização social da Assessoria de Comunicação da Secretaria de Estado da Saúde.

Bernardo Kucinski

Professor titular do Departamento de Jornalismo e Editoração da Escola de Comunicação e Artes da USP. Nasceu em São Paulo, em 1937, e publicou suas primeiras reportagens no semanário alternativo *Amanhã*, em 1967. Formou-se em Física na Universidade de São Paulo, em 1968. Começou a carreira de jornalista profissional como redator da revista *Máquinas e Metais* e, logo em seguida, tornou-se editor da revista *Veja*. Foi um dos fundadores dos jornais alternativos *Bondinho*, *Opinião*, *Movimento* e *Em Tempo*.

Foi também produtor e locutor no serviço brasileiro da BBC de Londres e assistente de direção na televisão BBC, correspondente em Londres da *Gazeta Mercantil* e correspondente no Brasil de diversas publicações estrangeiras, entre as quais *The Guardian*, *Euromoney*, *Latin America Political Report* e *Lagniappe Letter*.

É autor dos livros *O que são multinacionais; Fome de lucros*, em colaboração com Robert Ledogar e outros; *Pau de arara: a violência militar no Brasil*, em colaboração com Ítalo Tronca. Sua tese de doutorado foi publicada com o título: *Jornalistas e revolucionários: nos tempos da imprensa alternativa* (Edusp, 2ª edição, 2005). Publicou ainda, em colaboração com Sue Brandford: *A ditadura da dívida e O carnaval dos oprimidos (uma história do Partido dos Trabalhadores)*.

Seu livro *Jornalismo econômico*, publicado pela Edusp, recebeu o prêmio Jabuti de 1997. Também publicou, pela FPA, *A síndrome da antena parabólica*, este ano na terceira reimpressão, e pela FPA/Unesp, em 2005, *Jornalismo na era virtual: o colapso da razão ética*, seu mais recente livro.

Foi bolsista da Fundação MacArthur, desenvolvendo projetos na interface jornalismo e saúde coletiva. (Seu artigo publicado neste caderno é um dos textos preparados para estudantes de jornalismo com o apoio dessa bolsa.) De janeiro de 2003 a junho de 2005, foi assessor do presidente da República, redigindo uma análise diária dos acontecimentos, com base no acompanhamento crítico de jornais e telejornais.

Caco Xavier

Carioca, nascido em 1958. Desde 1986 atua na Fundação Oswaldo Cruz como jornalista e pesquisador na área de comunicação.

Artista gráfico, foi várias vezes premiado por seus cartuns, quadrinhos e ilustrações. Publicou em algumas das principais revistas e jornais brasileiros e expôs seus trabalhos na Holanda, Portugal, Bélgica e Espanha.

Recentemente, publicou a tira em quadrinhos “Filosofia de Boteco” no *Jornal do Brasil*. Como jornalista, além de ter atuado em jornais e revistas de expressão nacional – foi editor das grandes entrevistas do Pasquim –, esteve vinculado ao Programa Radis, da Fiocruz, revista na qual fez reportagens, redação, ilustração, fotografia e design gráfico. Foi editor das publicações desse programa entre 2000 e 2003. Coordenou a comunicação da 12ª Conferência Nacional de Saúde (2003) e a 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena

(2006). Atua hoje na área de Gestão do Conhecimento e de Tecnologias da Informação e Comunicação, na vice-presidência de Ensino, Informação e Comunicação da Fiocruz.

Suas pesquisas na área da comunicação geraram publicações e apresentações em congressos e seminários. Alguns dos temas tratados foram: “A aids e o riso trágico – análise sobre cartuns sobre aids”; “Que saúde? – análise sobre programação televisiva sobre saúde”; “A grande cidade na ótica dos quadrinhos”; “Entre o ethos e a mídia: medulla – análise sobre jornalismo em saúde”; “Comunicação pedagógica, educação comunicativa”; “Os discursos da integralidade”; “Schopenhauer e a bioética”, etc.

Formado em Comunicação Social (1986) e em Filosofia pelo IFCS/UFRJ (2005), atualmente cursa mestrado em Antropologia Social no Museu Nacional/UFRJ.

Guilherme Canela

Bacharel em Relações Internacionais pela Universidade de Brasília. Mestre em Ciência Política pela Universidade de São Paulo. Coordenador de Relações Acadêmicas da Agência de Notícias dos Direitos da Infância, também coordena a área de pesquisa de mídia e jornalismo da mesma instituição há seis anos. Nesse período, foi o responsável por diversas pesquisas que avaliaram a cobertura noticiosa da mídia acerca dos seguintes temas pertinentes ao universo infanto-juvenil: educação, violência, saúde, exploração e abuso sexual, desenvolvimento humano e social, drogas, democracia participativa, responsabilidade social empresarial, direitos humanos, entre outras. É co-autor de 10 livros, publicados pela instituição, acerca dessa temática (Série Mídia e Mobilização Social, Editora Cortez) e de uma série de brochuras, revistas e cadernos de discussão. Adicionalmente, é consultor para a área de mídia do Centro de Estudos de Segurança e Cidadania da Universidade Cândido Mendes. Foi consultor de pesquisa do Instituto Latino-Americano das Nações Unidas para a Prevenção do Delito e Tratamento do Delinqüente e do Grande Prêmio Ayrton Senna de Jornalismo. Foi membro titular do Grupo de Trabalho do Ministério da Justiça

para Subsidiar a Regulamentação da Classificação Indicativa da Programação de Televisão e foi pesquisador associado do Núcleo de Estudos sobre Mídia e Política da UnB.

Márcio Simeone Henriques

Professor da Universidade Federal de Minas Gerais, mestre em Educação pela Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Coordenou o Laboratório de Relações Públicas Plínio Carneiro, da UFMG, e atualmente é conselheiro do Conselho Federal dos Profissionais de Relações Públicas – 3º Região. É consultor nas áreas de relações públicas e comunicação para mobilização social e presidente do conselho editorial da Coleção Mobiliza, da Autêntica Editora, além de ser o organizador e co-autor do livro *Comunicação e estratégias de mobilização social* (Autêntica, 2004).

Rennan Mafra

Formado em Relações Públicas pela UFMG, mestre em Comunicação Social também pela UFMG; co-autor do livro *Comunicação e estratégias de mobilização social* (Autêntica, 2004), e autor do livro *Entre o espetáculo, a festa e a argumentação – mídia, comunicação estratégica e mobilização social* (Autêntica, 2006), além de possuir artigos publicados em congressos acadêmicos. É professor universitário e consultor nas áreas de Relações Públicas e Comunicação para Mobilização Social, com atuação no setor público, em organizações não governamentais e em empresas privadas.

Wilson da Costa Bueno

Bacharel em Jornalismo pela Universidade de São Paulo, mestre e doutor em Ciências da Comunicação pela USP. Sua dissertação teve como objeto os jornais do interior de São Paulo, e sua tese analisou os compromissos do jornalismo científico no Brasil. É especialista em Comunicação Rural pelo Ministério da Agricultura e pela USP e em Jornalismo Científico pela USP.

Professor do programa de pós-graduação em Comunicação Social da Unesp – Universidade Metodista de São Paulo –, onde responde pela linha de pesquisa em comunicação empresarial, e do curso de Jornalismo na Escola de Comunicações e Artes da USP.

Foi jornalista responsável da revista *Engenho e Tecnologia*, das empresas Villares, e de publicações técnico-científicas da Editora Banas. É Webmaster e editor dos sites *Portal do Jornalismo Científico on-line* (www.jornalismocientifico.com.br), *Comunicação Empresarial on-line* (<http://www.comunicacaoempresarial.com.br>), *Comunicação em Agribusiness e Meio Ambiente* (www.agricoma.com.br) e *Comunicação para a Saúde* (<http://www.comunicasaude.com.br>). Editor das revistas digitais *Ciência & Comunicação*, *Comunicação & Estratégia*, *Comunicação*, *Agribusiness & Meio Ambiente* e *Comunicação & Saúde*.

Ex-presidente da Associação Brasileira de Jornalismo. Diretor da Comtexto Comunicação e Pesquisa, empresa de consultoria na área de comunicação empresarial. Foi consultor da Embrapa para a elaboração de sua Política de Comunicação Empresarial.

Livros publicados: *Comunicação empresarial no Brasil: uma leitura crítica* (2005); *Comunicação empresarial: teoria e pesquisa* (2003); *A comunicação na era da qualidade* (1995); *Comunicação para a saúde: uma experiência brasileira* (1996).

Editor do CD: *Comunicação empresarial 2001 – fontes e recursos*.

Valdir de Castro Oliveira

Mestre em Sociologia pela UFPB e doutor em Jornalismo pela USP. Professor do Departamento de Comunicação Social da Fafich/UFMG desde 1979, leciona e desenvolve trabalhos de pesquisas e extensão na área de rádios comunitárias. Atua também na área de saúde e comunicação. É editor do jornal impresso *Circuito Notícias* e do programa radiofônico *De olho na notícia*, da rádio InterFM, de Brumadinho. É jornalista da TV Comunitária, canal 13 de Belo Horizonte.

O JORNALISMO E OS DILEMAS DA BIOÉTICA

Bernardo Kucinski

O surgimento da bioética

Ao usar prisioneiros em experimentos científicos que levavam à morte e a mutilações, os médicos nazistas violaram o princípio da não maleficência da ética médica clássica, formulado por Hipócrates. Ao criar a técnica do transplante do coração, a Medicina precisou uma nova definição da morte; ao praticar a reprodução humana assistida, tornou necessária uma nova definição de vida. Ao manipular o código genético, a ciência passou a agir contra a ordem natural, outro fundamento da ética clássica da Medicina. Ao reintroduzir o plutônio na Terra, bilhões de anos depois que seu decaimento permitiu o surgimento da vida, o ser humano pôs em risco a integridade genética de todos os seres do planeta.

Essas intervenções na vida e na natureza escapavam do campo de tratamento da ética médica clássica. Assim nasceu a bioética nas últimas décadas do século XX como um novo campo de especulação filosófica e simultaneamente como movimento social protagonizado por grupos e pessoas preocupadas com o uso indiscriminado do poder da ciência. Eram relativamente simples os primeiros problemas da bioética: Com base em que princípios decidir entre diferentes candidatos à recepção de um órgão para transplante? Em que condições autorizar experimentos em seres humanos? Como promover o desenvolvimento sem destruir o equilíbrio ambiental?

Mas os avanços da biotecnologia trouxeram novos problemas éticos, de grande complexidade: Quais os limites morais da seleção genética de

embriões? Tudo que é factível pela manipulação genética é legítimo? Que direito tem uma mãe de gerar um filho (com sêmen congelado), que não terá pai? Em muitos casos não se sabe sequer como definir os protagonistas de um dilema bioético. Que papel atribuir ao doador do sêmen, quando ele é um desconhecido? Pai ausente? “Não-pai”? Qual o estatuto da mulher que aluga sua barriga para a gravidez? É ético o patenteamento das sementes geneticamente modificadas?

Um dos problemas centrais da bioética é o de resolver quem são os protagonistas de uma disputa bioética. Em que momento embriões e fetos passam a ter direitos humanos? A Medicina clássica ainda confunde dois significados da expressão “humana”, o de material geneticamente humano, como um feto ou um pedaço de pele, e o de pessoa com sentimentos, desejos e autoconsciência próprios dos humanos. Na bioética esses dois sentidos são separados. Um embrião é indiscutivelmente material humano, mas a maioria das correntes da bioética não o consideram pessoa, com autoconsciência. Assim, o conceito de **pessoa**, como parte com interesses legítimos num conflito sobre qual a conduta eticamente correta, tornou-se central na bioética, e seu recorte varia conforme diferentes correntes da bioética.

Jornalismo e bioética

O campo de percepção que mais tarde seria chamado de bioética surgiu no jornalismo em 1962, quando foi criado em Seattle, nos Estados Unidos, o primeiro comitê de seleção de pacientes para a hemodiálise. A técnica havia sido inventada um ano antes e logo se verificou que o número de candidatos à hemodiálise superava a disponibilidade das máquinas. “Eles decidem quem vive e quem morre,” foi o título da reportagem da revista *Life*. O comitê de seleção mantinha-se oculto e não era constituído apenas de médicos; nem os critérios eram estritamente médicos. No mesmo ano, não por acaso, Rachel Carson lançou a segunda base desse novo campo de conhecimento, depois chamado de bioética, ao mostrar em *A primavera silenciosa* como o inseticida DDT penetrava na cadeia alimentar e acumulava-se nos

tecidos gordurosos dos animais, inclusive do homem, com o risco de causar danos genéticos.

O terceiro ímpeto da bioética veio com o transplante pioneiro do coração, realizado por Christian Barnard na África do Sul em 1967. Foi tratado espetacularmente pela mídia, mas passou batido na cobertura jornalística, o fato de que, além de suas implicações simbólicas, o transplante do coração exigia a redefinição do estatuto jurídico do corpo que já não vive, mas cujo coração ainda bate. A redefinição da morte. Nos meios médicos e científicos, logo surgiram discussões sobre o direito de transplantar um órgão sem o consentimento prévio do doador e sobre o factível e o moralmente legítimo na medicina dos transplantes.

Em 1968, 30 personalidades de todo o mundo, a maioria ligada a grandes empresas multinacionais, reunidas no chamado Clube de Roma, proclamaram a iminência do esgotamento dos recursos não renováveis do planeta, devido ao crescimento exponencial da população humana. Três anos depois, em 1971, o cientista Rensselaer Potter, impressionado pelo potencial apocalíptico das intervenções humanas na natureza, **empregou pela primeira vez a palavra bioética, para designar o estudo dos valores morais dessas intervenções.** Potter estava especialmente preocupado com os riscos de total degradação ambiental do planeta Terra em consequência da intervenção humana. Na bioética de Potter, o homem deixa de ser o senhor da natureza para ter com ela uma solidariedade de destinos. Ou a preserva, ou será com ela destruído. No mesmo ano, o holandês André Hellegers fundou em Georgetown um instituto para o estudo da reprodução humana e bioética.

Em 1978, foi publicada a *Encyclopaedia of Bioethics*, por Warren T. Reich, com 285 colaboradores. A obra desde então foi várias vezes reeditada, superando 400 termos. A bioética revitalizou os estudos da filosofia da moral e provocou a primeira grande intervenção das Ciências Sociais, especialmente da Filosofia e da Antropologia, no campo fechado da Medicina. Sua aceitação pelos agentes de saúde, por estado de necessidade, instituiu também, dentro da Medicina, a idéia do diálogo e da negociação com o paciente e com a família.

O jornalismo tem pouco contribuído para a criação de uma nova consciência crítica em relação aos problemas fundamentais da bioética. A cobertura tem sido insuficiente, desigual e marcada pela fragmentação e espetacularização. Nos contenciosos ligados ao crescimento econômico, como a construção de novas hidroelétricas e rodovias e ao plantio de sementes transgênicas, o jornalismo brasileiro adotou a postura proibitiva dos movimentos ambientalistas, que instituíram, no limite, um novo tipo de autismo, fechando-se às necessidades de desenvolvimento e acesso à modernidade das populações mais pobres. Nos contenciosos surgidos dos avanços da biotecnologia na prática clínica e na reprodução humana, como é o caso do uso terapêutico de células tronco, que beneficiam principalmente os mais ricos, a postura da mídia é, ao contrário, libertária, de grande tolerância.

Vida e morte como categorias culturais

Para a bioética, vida e morte são categorias culturais e filosóficas e não estritamente biológicas. Até o advento dos transplantes, a morte era definida como o momento em que paravam o cérebro e o coração. Com os transplantes de órgãos vitais, inclusive o coração, retirados do corpo do doador ainda íntegros e saudáveis, surgiu a necessidade de uma outra definição legal de morte. Hoje se define, em grande número de países, inclusive no Brasil, que a pessoa morre quando morre todo o encéfalo, estado no qual cessam todos os sinais elétricos do cérebro, e a respiração só é possível com a ajuda de aparelhos, mesmo que o coração ainda esteja batendo, pois seu funcionamento não depende totalmente da integridade do cérebro. Surgiu assim o conceito de **morte encefálica**. A pessoa morreu, apesar do coração continuar a bater.

Para algumas correntes da bioética, o sujeito em estado comatoso profundo e irreversível e o feto até o pleno desenvolvimento do cérebro não podem ser considerados pessoas. Na maioria dos países, inclusive no Brasil (artigo 3º da Lei dos Transplantes, 9434, de 1997), exige-se o diagnóstico de morte encefálica para que seja permitido o transplante de órgãos.

A ciência também já não se propõe a definir o início da vida. Cada cultura situa esse início num outro momento. Na teologia da Idade Média, a vida só começava com a “animação”, quando a alma penetrava o corpo e assim o animava, 40 dias após a fecundação do óvulo pelo espermatozóide, no feto masculino, e 80 dias, no feto, feminino. Posteriormente a mesma Igreja Católica passou a considerar o momento da fecundação, como início de uma nova vida, a partir da noção de que nesse momento combinam-se os códigos genéticos dos pais, dando origem à matriz genética do novo ser.

Muitos biólogos e médicos, entre os quais Giovanni Berlinguer, alegam que só com o **implante**, ou fixação do óvulo fecundado no útero, inicia-se uma relação metabólica entre o futuro embrião e a futura mãe, e, portanto, uma relação psicológica de maternidade. Isso ocorre cerca de seis dias após a fertilização e leva mais uma semana para concluir-se. Durante esse tempo, o óvulo fecundado, chamado **zigoto**, vai se multiplicando, em duas, em quatro, em oito células, à medida que se move em direção ao útero, até tornar-se um aglomerado indiferenciado de 32 células, chamado **blastócito**. Se não se fixar no útero, o blastócito não evolui, não ocorre a gravidez. Portanto, antes de 14 dias após a fertilização, nem sequer se sabe se haverá um futuro ser, se será uma pessoa ou mais de uma. Outros filósofos da bioética defendem que a vida só tem início quando se forma o cérebro do embrião, por volta da quarta semana da gravidez, ou mais tarde, quando se completa seu sistema nervoso, no sexto mês.

Com a técnica da reprodução por **clonagem**, já praticada em animais, cria-se um novo ser sem a necessidade da fecundação, derrubando a definição de início da vida da Igreja Católica. Na clonagem, substitui-se o núcleo do óvulo por um núcleo de outra célula do mesmo ser, já dotada de toda estrutura cromossômica, ocorrendo um processo de auto-reprodução (produção de um ser idêntico ao original), sem que tenha havido fecundação. O óvulo germina sem ter sido fertilizado, como na autogerminação de certos tubérculos.

As muitas correntes da bioética

Em oposição à tradição proibitiva da ética médica clássica, a bioética nasceu com vocação libertária, procurando caminhos que legitimem moralmente os avanços da intervenção humana. Mas esses avanços vêm-se dando com tal velocidade que a bioética não consegue dar conta dos dilemas novos, e cada vez mais complexos, e já se chegou a propor uma moratória na ciência biomédica, para dar tempo ao equacionamento minimamente aceitável de um código de ética para a biotecnologia, especialmente para a produção de alimentos transgênicos e a reprodução humana assexuada, como a obtida por clonagem.

A bioética passa pelas concepções religiosas pessoais de médicos e de pacientes e pelos valores de cada cultura. Ainda não existe uma corrente hegemônica. Em cada grande cultura prevalece uma corrente. Nos Estados Unidos, à medida que foi influenciando nas decisões de políticas públicas e nos conflitos legais em casos de reprodução assistida, deu-se uma secularização da bioética. Na Europa, predomina a corrente chamada **personalista**, com raízes na filosofia existencialista, que entende cada ser humano como uma individualidade estruturada e capaz de refletir sobre si mesmo. A pessoa humana é o valor supremo e o centro das decisões dos dilemas bioéticos. O pluralismo moral, característica da pós-modernidade, também reduziu na Europa a importância dos dogmas religiosos.

Na América Latina, a agenda do debate ainda é fortemente determinada pela Igreja Católica, que após uma fase inicial de perplexidade frente à biotecnologia, investiu maciçamente no estudo da bioética. O movimento feminista também investe na bioética, mas está dividido em pelo menos três correntes. Desde uma minimalista, que rejeita a própria idéia de que possa haver um sistema universal de preceitos de conduta no campo da biotecnologia, até uma corrente maximalista, que defende o direito único e exclusivo da mulher determinar quais são as condutas corretas nos campos da reprodução e da sexualidade.

Uma das correntes fundadoras da bioética é a **principlista**, seguida por Tom Beauchamp e James Childers, a qual defende uma ética de valores,

basicamente os já consagrados pela ética da Medicina clínica: beneficiência e não maleficiência, justiça e autonomia, mas com ênfase no valor autonomia. Tenta fazer uma ponte ética entre a Medicina clínica clássica e a biomedicina. Mas enquanto na clínica médica tradicional era relativamente simples definir qual dos procedimentos possíveis era bom para o paciente e qual fazia mal, na bioética isso se torna difícil. Uma variante principialista mais avançada, defendida no Brasil por Volnei Garrafa, propõe como princípios a pluralidade, a tolerância, o respeito e a justiça, que no seu conjunto tentam assegurar a autonomia de cada indivíduo nas decisões, até o limite de afetar a autonomia de outros. As correntes principialistas contrapõem-se à bioética chamada **justificativa**, para a qual tudo o que pode ser feito é eticamente legítimo.

Uma variante mais radical na valoração da autonomia é o modelo **libertário**, proposto por Tristram H. Engelhardt Jr., inspirado na filosofia liberal e no individualismo norte-americano e endossado, em algum grau, por outros teóricos importantes da bioética, como Robert Veatch e o próprio James Childers. Na bioética de Engelhardt é valorizada a livre escolha do indivíduo e sua liberdade de ação, sem a intervenção do Estado. Todos os demais valores subordinam-se ao valor autonomia (ou liberdade). Assim, essa ética entende que a justiça é feita, na saúde, quando é garantido ao indivíduo o direito capitalista à propriedade privada, que lhe permite decidir e pagar livremente pela sua saúde. Na ética libertária, não cabe ao Estado a responsabilidade pelos males do fumo, ou da droga, ou dos acidentes esportivos, todos resultados da livre escolha do indivíduo. O serviço público de saúde aos necessitados é justificado com o argumento de que o Estado também possui propriedade, a propriedade estatal, que o legitima como prestador de serviços de saúde para os carentes.

Os partícipes de conflitos na bioética

Para Engelhardt, entre os protagonistas dos conflitos bioéticos há os **parceiros** morais de um contrato social e há os **estranhos** a esse contrato

e, portanto, ao conflito ético. Parceiros morais são as pessoas morais, os que têm consciência autoconsciente, um senso moral e a capacidade de tematizar sua condição e seus interesses. Ficam excluídos do contrato social como “estranhos morais” os embriões, fetos e crianças, porque ainda não são adultos, e os doentes privados de relações sociais ou doentes mentais irrecuperáveis, porque já não são pessoas sociais. Para a **escola dos interesses**, baseada na filosofia do americano Joel Feinberg, o critério de definição de pessoa do conflito moral é a capacidade de sentir dor ou prazer ou a posse de consciência, ou ainda a capacidade de importar-se com o que lhe acontece. Somente esses seres têm *status* moral. Isso exclui os seres inanimados e também as plantas, assim como o feto em seu estado precoce, e mais ainda embriões, óvulos, congelados ou não, fertilizados ou não. Mas ao contrário da ética libertária de Engelhardt, não exclui crianças e nem mesmo fetos plenamente desenvolvidos.

A bioética dos interesses distingue os conceitos de estatuto moral e valor moral. Cadáveres não são pessoas morais num conflito ético, porque não podem expressar interesses, mas tem valor moral para seus entes queridos e estes têm estatuto moral. Além disso, os cadáveres são depositários dos interesses *post-mortem* da pessoa que virou cadáver. A diferença conceitual é decisiva numa discussão sobre transplantes não autorizado em vida ou sobre experimentações com cadáveres. A mesma distinção é feita no debate dos limites éticos da experimentação com fetos e no uso terapêutico de tecidos fetais, muito disseminado em alguns países. Para a corrente dos interesses, o feto não tem estatuto moral mas pode ter valor moral para a sociedade, o que impõe limites para o seu uso na experimentação e no transplante de seus tecidos.

O valor autonomia e a razão comunicativa

A bioética alterou profundamente a relação médico-paciente, que deixou de ser vertical, de cima para baixo, para ser dialogada. E para participar desse diálogo, o doente e seus familiares precisam estar informados. Muitas

decisões fundamentais, como a da eutanásia, baseiam-se na comparação entre benefício e malefício. Como decidir? Vem aumentando entre os médicos a aceitação do princípio da **autonomia**, pelo qual todo ser humano adulto deve ter o direito de decidir sobre o seu corpo. No caso de situações terminais, a morte pode trazer mais benefícios (conforto) e menos malefícios (dor) do que o prolongamento forçado da vida através das novas tecnologias. Daí a aceitação crescente da eutanásia entre os médicos, mesmo em contradição com os dogmas da sacralidade da vida, da Igreja Católica.

O princípio da autonomia implica o direito do doente à plena informação médica, (para poder decidir) e o direito de recusar tratamento. O princípio da autonomia foi introduzido na filosofia por Kant, que considerava autônoma toda vontade do indivíduo guiada pela **razão**. Na etimologia desse princípio estão os radicais gregos “autos”, designativo de ser, e “nomos”, designativo de regra ou lei. É a capacidade de distinguir o certo e errado que legitima a autonomia do indivíduo. Daí a necessidade da informação para poder decidir. E a nova responsabilidade do jornalismo dedicado à saúde em bem informar. Implica a obrigação do médico de não mentir ou omitir informação, assim como na co-responsabilidade do paciente no processo decisório. Mas o cidadão tem de decidir no plano subjetivo ou psicológico. Trata-se, portanto, de uma razão comunicativa, na qual o fundamento é a razão científica, mas a instância de decisão é subjetiva e o processo, argumentativo.

Daí surgiu o conceito de “terapia centrada no doente”, que considera importante conhecer não apenas sintomas clínicos dos doentes mas também suas crenças, expectativas e valores. Autonomia vem se tornando também um preceito legal em vários países, notadamente nos Estados Unidos. Em diversos países as leis que proibiam o aborto ou o condicionavam a um parecer médico foram derribadas com base no princípio de que cabe à mulher decidir sobre o seu corpo, livre dos atrasos e bloqueios implícitos num processo de consulta médica ou legal.

Uma das correntes da bioética, a escola da **virtude**, de Pellegrino e Thomasma, propõe despertar virtudes nos trabalhadores da saúde a partir

da noção de que a separação entre o sentir e o saber pode tornar difícil o agir correto, mesmo quando se sabe o que é a melhor conduta. Daí a importância de virtudes morais na relação médico paciente, entre as quais ele ressalta a compaixão, a honestidade, a responsabilidade, a benevolência e a confiança. Também a corrente **contratualista**, de Veatch, centra sua proposta no contrato entre médicos e pacientes, médicos e sociedade, médicos e princípios.

As conseqüências éticas da experimentação em seres humanos

Muitas transgressões morais e crimes foram cometidos por médicos e cientistas, especialmente durante a Segunda Guerra Mundial, em nome da pátria e da ciência. Alguns foram julgados – os que estavam do lado que perdeu a guerra e apenas 17 considerados culpados em Nuremberg. Quase vinte anos depois, o professor de anestesia da Escola de Medicina de Harvard Henry Boecher questionou a moralidade das experiências médicas com seres humanos, que **continuavam a ser feitas em desacordo com princípios já aprovados em 1948, no julgamento de médicos nazistas em Nuremberg**. Nunca foram levadas a julgamento as experimentações dos norte-americanos com a bomba atômica, nas quais populações civis inteiras e batalhões de soldados serviram de objeto de pesquisa. Metade dos médicos alemães aderiram ao partido nazista, e muitos deles colaboraram com Hitler, não apenas fornecendo as justificativas científicas para a seleção racial (eugenia), mas também participando diretamente dos programas de eutanásia, experimentações com crianças e prisioneiros, e operações de extermínio nos campos da morte.

O primeiro código de conduta para disciplinar as experimentações com seres humanos nasceu do julgamento de Nuremberg: O Código de Nuremberg, que conseguiu sintetizar um novo princípio, o do **Consentimento Informado**, pelo qual nenhum ser humano deve ser objeto de pesquisa ou experimentação sem dar o seu consentimento voluntário, livre de qualquer

coerção, direta ou indireta, de pressões ou subterfúgios, e precedido de informações plenas sobre as implicações do experimento. No Brasil, esse conceito foi atualizado e tornado mais preciso, chamando-se **Consentimento Livre e Esclarecido**.

Pelo Código de Nuremberg só se justificam experimentos em seres humanos se não são factíveis por outros métodos, se são essenciais e capazes de trazer resultados frutíferos e se foram precedidos por experimentos em animais e conhecimentos específicos que assegurem as justificativas do experimento. O experimento deve evitar injúrias, sofrimentos e riscos desnecessários, ou desproporcionais em relação à sua importância. Deve ser precedido de preparativos e cuidados adequados e conduzido por pessoal qualificado e passível de interrupção a qualquer momento, pelo sujeito ou pelo cientista.

O Código de Nuremberg nunca se tornou objeto de tratado ou convenção internacional. Não tem força de lei. Mais que isso, em 1964, a Associação Médica Mundial (WMA), também criada em virtude dos julgamentos de Nuremberg, mas expressando a ótica dos médicos, aprovou a declaração de Helsinki, que se propõe a relativizar as restrições do Código de Nuremberg, dividindo pesquisas com seres humanos em dois tipos: as vinculadas a um procedimento médico e as não vinculadas. Nas vinculadas ao tratamento do sujeito, os médicos entendem que esse sujeito é o beneficiário direto do experimento e que, portanto, o objetivo último do experimento é beneficiar esse sujeito, estando respeitado o princípio da beneficência e o valor autonomia do indivíduo. Nas experimentações que visam a beneficiar outros pacientes, ou a sociedade em geral, a saúde é entendida como um bem público, a serviço do qual se coloca o corpo e a pessoa do sujeito da experimentação. Por isso, a relação médico-paciente mais perigosa é aquela em que o médico usa seu paciente para um experimento não voltado diretamente ao seu bem. Apenas para essas pesquisas a Associação Médica Mundial exige o Consentimento Informado. Nas outras, apenas recomenda a obtenção desse consentimento “se possível”. Com isso, os médicos privilegiaram sua própria liberdade de ação, em detrimento do princípio da

autonomia do sujeito, e tentam restaurar a relação médico-paciente paternalística e autoritária.

Ainda hoje, cientistas privilegiam a busca da verdade em detrimento dos direitos individuais, nas pesquisas em seres humanos. Seu modelo ainda é Pasteur, que inoculou pessoas contra a varíola sem as avisar e sem ter a certeza de que não lhes estava fazendo mal. Nesse campo é decisiva a atuação do jornalismo investigativo na restauração dos direitos humanos violados. Mas por trás dessas pesquisas, financiando-as, há em geral poderosas empresas farmacêuticas. E o poder econômico é sempre um fator de dissuasão no jornalismo.

Além disso, há o fator de classe: cientistas e médicos valem-se, frequentemente, de populações pobres de países do Terceiro Mundo, como o Brasil, ou de prisioneiros, aos quais são oferecidas algumas regalias em troca da submissão à pesquisa, ou de crianças, ou de doentes mentais, ou de populações muito pobres e desprotegidas. Os benefícios imediatos serão dos mais ricos, que podem pagar pelos medicamentos de última geração, sempre mais caros.

Esporadicamente, a imprensa denuncia experimentos cruéis com seres humanos, quase sempre minorias pobres, crianças e doentes mentais. A última revelação é de 1997, quando se descobriu que mulheres pobres da República Dominicana e da Tailândia, grávidas e portadoras do vírus HIV, estavam sendo tratadas com AZT, como parte de uma experimentação. Antes disso foram descobertas experimentações com sífilis em populações negras dos Estados Unidos e com células tumorais e vírus da hepatite em deficientes mentais na Suécia e nos Estados Unidos. É muito grande a propensão do cientista de usar um grupo de pessoas excluídas, em nome do benefício que podem trazer ao conjunto da humanidade. No Brasil, em 1981, foi baixada a portaria 01/1988, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamentou a experimentação em seres humanos, exigindo o consentimento informado e a aprovação do projeto de pesquisa por comitês supervisores. Em 1996 entrou em vigor a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, considerada uma das mais avançadas da época.

A ética dos transplantes

Na Lei dos Transplantes, 9434, de 1997, está uma das mais claras demonstrações do entendimento da saúde no Brasil, por médicos e formuladores de políticas públicas, como um bem público, e não como bem pessoal ou privado. No seu artigo 4º a Lei presume que todo brasileiro tenha autorizado a extração de seus órgãos, caso não se tenha manifestado expressamente contrário. Nas condições brasileiras, essa presunção equivale à doação forçada em muitas ocasiões, violando os princípios da autonomia e da liberdade das pessoas. O artigo coloca o Estado como proprietário dos corpos das pessoas.

Foi tal a reação da sociedade brasileira que o presidente da República baixou uma medida provisória instituindo a obrigatoriedade de autorização da família para o transplante. Com isso acabou a presunção de autorização. Mas foi uma exceção. Na nossa ética médico-sanitária, a saúde tem sido entendida em geral como bem público, condicionando os valores autonomia e liberdade individual às conveniências das políticas públicas. É o que ocorreu com o confinamento compulsório de hansenianos nos anos 40, as políticas de controle populacional forçadas e a esterilização fortemente estimulada de mulheres pobres no Brasil nos anos 60, a filtragem e bloqueio de portadores de esquistossomose, quando tentam imigrar para grandes cidades, praticada em São Paulo pelo menos até os anos 70.

Mas na base dessa ética da saúde como bem público ainda há um fator de classe, corolário da polarização social. Para as elites, prevalece o interesse privado, e, portanto, o valor liberdade e autonomia. Assim se outorgam o direito de abortar livremente (numa clínica com assepsia e acompanhamento médico), mas não dão esse direito às massas pobres. Mesmo aplicando uma política pública de controle populacional, preferem fazê-lo pelo método coercitivo da esterilização forçada. No caso dos transplantes, as massas pobres são vistas muito mais como fornecedoras de órgãos; e as elites, como receptoras potenciais. Na Europa, prevalece o princípio da gratuidade dos transplantes de órgãos, justamente para limitar a sua comercialização e

a apropriação, pelos ricos, dos órgãos vitais dos pobres. Mas nos Estados Unidos admite-se, dentro da ética libertária, o comércio de órgãos.

A bioética e o aborto

O dilema ético central do aborto dá-se entre o respeito pelo embrião, ser humano em formação, tanto mais forte quanto mais avançada a idade gestacional, e o eventual desejo da mulher de não querer gestar, de não querer ter aquele filho. Para complicar, a sociedade pode ter legislado sobre se o feto é um prolongamento da mãe ou um ser independente, se sua vida é prioritária sobre os sentimentos da mãe, e pode ter restringido os direitos da mãe de decidir segundo seus sentimentos, como é o caso do Brasil e outros países, em que prevalecem os dogmas da Igreja Católica.

O código de Hipócrates veda ao médico a prática do aborto o que marca profundamente, até hoje, o *ethos* do médico, já imbuído do sentimento missionário de “salvador de vidas”, aparentemente incompatível com uma prática que interrompe a vida. No entanto, o código de Hipócrates também vedava o uso da faca, deixando isso para outros profissionais, o que pode significar que o aborto não era em si proibido, apenas não era considerado tarefa do médico, já que o aborto era comum na Grécia.

Com a condenação do aborto pela Igreja Católica no século XIX (antes o considerava um pecado grave, mas não um homicídio), a prática foi logo declarada crime em inúmeros países, surgindo então todo o drama dos abortos clandestinos e sem assepsia, a que recorrem as mulheres pobres em determinados países. No bioética da Igreja Católica, oriunda de uma era anterior à biotecnologia, a vida é um valor supremo, pertencente a Deus, o que retira do homem toda a possibilidade de agir sobre o destino com instrumentos da biotecnologia.

A partir dos anos 70, iniciou-se uma mudança na cultura do aborto, na direção oposta, a da sua descriminalização. Em 1970, a Suprema Corte americana decidiu que era um direito da mulher decidir sobre o seu corpo e tomar suas decisões em consulta com seu médico, até o ponto em que o

feto poderia sobreviver fora da barriga da mãe, mesmo nascendo prematuramente, fixado na 27ª semana, ou 1,3 kg de peso (hoje, com os avanços da Medicina, fetos com menos peso também sobrevivem, o que já levanta novas questões éticas). Antes disso o feto não seria uma pessoa e, portanto, o aborto não seria crime. No ano seguinte, a juíza Jarvis Thomson emitiu uma sentença a favor do direito da mulher ao aborto, com base em argumento novos, que não discutiam se o feto era ou não pessoa, se tinha ou não direito moral à vida. No seu veredicto declarava que um eventual direito do feto não podia ser exercido a qualquer preço. Também o direito à vida era condicionado por outros direitos. Já é estabelecida na jurisprudência e na Medicina americana que até a oitava semana de gravidez, pelo menos, o embrião não é uma pessoa, porque não tem nenhuma autonomia mental. A partir de então passa a ser chamado de feto, mas só no final do segundo trimestre da gravidez o feto se torna humano.

O aborto ainda é moral e legalmente condenado em grande número de países e por grande número de médicos, mas já é permitido pela simples opção da mulher em 23 países e numa ampla gama de situações em mais 24 países. Outros 14 países permitem o aborto em circunstâncias especiais, e 51 países só o permitem quando há risco de vida para a mulher grávida. As maiores resistências no Brasil vêm da hierarquia da Igreja Católica, do conteúdo predominantemente masculino do saber médico e das práticas médicas. As funções reprodutivas da mulher são consideradas não à luz dos direitos da mulher sobre seu corpo e sua sexualidade ou de sua responsabilidade pela criação do futuro ser, e sim à luz da organização econômica, social e familiar da sociedade de classes e da conveniência do macho.

A Organização Mundial da Saúde define o aborto como a interrupção da gravidez até a sua 20ª semana. Depois é considerado um natimorto – ou nascimento prematuro, se nascer vivo. Na lei brasileira, o óvulo fecundado é chamado de embrião até a 12ª semana e feto depois disso, mas não importam esses marcos para definir o aborto. Se a gravidez for interrompida no primeiro dia ou no último mês, é sempre aborto. No Código Civil a personalidade civil começa com o nascimento com vida. O feto é chamado de

nascituro, mas não é sujeito pleno de direito, e sua vida tem valor inferior à do nascido com vida, porque se não nasceu com vida, nunca chegou a ser sujeito pleno de direito no ordenamento jurídico, e seu corpo não é cadáver.

O movimento feminista usa critérios emancipatórios para avaliar valores e situações. Diz que a maternidade tem que ser desejada, pois caberá à mãe cuidar do novo ser. O valor determinante é o da responsabilidade, mais do que o da autonomia. Como recurso de argumentação, defende também que o feto é um prolongamento da mãe, o qual não é uma pessoa em seu próprio direito moral. Os próprios católicos, em sua cultura popular, no seu *senso fidei*, o senso comum dos fieis, aceitam o aborto como procedimento correto (moral), em caso de necessidade. Nessa ética católica de base, defendida no Brasil pelo movimento “Católico pelo Direito de Decidir”, a maternidade é uma relação afetiva e não biológica. A gravidez tem que ser desejada. Da mesma forma, implica o direito da mulher de não a desejar.

Reprodução assistida

Não existem no campo da reprodução humana assistida princípios éticos consensuais. Predominam os mesmos sentimentos difusos e dogmas que afetam a moralidade da interrupção da gravidez. Na principal técnica de reprodução assistida, a fertilização fora do útero, chamada **fertilização in vitro**, é comum transferir para o útero mais de um óvulo fertilizado, para aumentar as chances de fixação e para isso a mulher é induzida, através de drogas, a múltipla ovulação. Em geral, um número grande de óvulos é fertilizado, e três a quatro deles, implantados.

A principal controvérsia ética em torno dessa técnica, que vem permitindo a milhares de mulheres ter filhos, é o que fazer com os óvulos fertilizados em excesso e mantidos em câmaras frias. Além de bancos de espermatozoides, há dez mil embriões assim armazenados no Brasil em clínicas de fertilidade. Inclusive embriões de pais já falecidos. Na ética católica, óvulos fertilizados já são vidas e não podem ser destruídos. Outras correntes da bioética argumentam que o mesmo direito criado pela técnica da fertilização in vitro, o

direito de criar vida (ou vencer a infertilidade) traz consigo o direito de eliminar os óvulos fertilizados em excesso, se for necessário para aumentar as chances da mulher engravidar, assim como de eliminar pré-embriões excedentes para preservar a saúde da mulher, caso mais de um se implante e se desenvolva. Argumentam que o valor supremo do ser humano é o direito inalienável de procriar, de querer perpetuar a espécie, o que só se tornou possível para certas mulheres através da técnica de fertilização in vitro.

A seleção genética do embrião

Outro dilema ético é provocado pela nova técnica da fertilização in vitro, que permite selecionar o sexo do embrião, a partir de pequenas diferenças morfológicas entre o espermatozóide portador do cromossoma Y, que define o sexo masculino do feto, e o portador do cromossoma X. A seleção genética pré-concepção tanto pode ser usada para determinar o sexo do futuro bebê, como para evitar certas doenças hereditárias só transmissíveis entre homens ou entre mulheres, ou que são fatais para as mulheres (como a hemofilia), e não para os homens.

No Brasil, a Constituição de 1988 estabelece a proteção do patrimônio genético do país, e a Lei 8.974, chamada de Lei da Biossegurança, proíbe a produção, guarda ou manipulação de embriões humanos destinados a servir de material biológico, o que restringe bastante a prática da inseminação fora do útero.

Desde 1997, está em vigor a Instrução Normativa N^o 9, da Comissão Nacional Técnica de Biossegurança (CTNBio), sobre intervenção genética em seres humanos, que diz:

Todo experimento de intervenção ou manipulação genética em humanos deve ser considerado como Pesquisa em Seres Humanos e deve obedecer ao estipulado na Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde. Somente serão considerados propostas de intervenção ou manipulação genética em humanos aquelas que envolvem células somáticas. É proibida qualquer intervenção ou manipulação genética em células germinativas.

Sem as restrições éticas ao manejo de óvulos fecundados e de pré-embriões ou embriões, abre-se um vasto campo de reprodução assistida, incluindo o armazenamento congelado de óvulos fertilizados para uso futuro, caso, por exemplo, o feto desenvolva anomalias ou não se desenvolva, e a criação de seres idênticos em série. Milhares de mulheres valem-se dessa técnica hoje em todo o mundo para ter filhos, contrabalançando o argumento dos católicos de que a técnica implica a destruição da vida. Algumas dezenas de mulheres ainda alugam barrigas de outras mulheres, existindo esquemas organizados para esse fim. Há casos em que só o óvulo ou só o espermatozoide pertence aos pais.

Aborto seletivo e limites da eugenia

Uma das principais modalidades de intervenção genética é a que mexe em seres completos, selecionando determinados tipos genéticos e descartando outros, como ocorre na seleção de fetos. As novas técnicas de detecção precoce de malformações congênitas permitem detectar uma vasta gama de anomalias ou certas síndromes em fetos. Nesse caso, não se criam seres com novos códigos genéticos transmissíveis, mas pode-se influir nas características dos nascituros, segundo preferências dos pais por filhos do sexo masculino ou feminino, ou para descartar anomalias. É a **eugenia pré-natal** por desejo de perfeição, ou por compaixão, ou um misto de compaixão e comodismo, como em alguns casos do descarte de um feto portador da síndrome de Down.

Em muitos países, quando se aborta após saber que o feto é portador de uma anomalia ou de uma doença de origem genética, a prática é considerada **aborto terapêutico**. A ecografia já permite detectar malformações de tipo somático e doenças leves, que em grande parte podem ser enfrentadas com terapias adequadas. Mas e se a família não quiser e preferir o aborto? E onde situar o limite entre malformações aceitáveis e não aceitáveis? Onde acaba a prevenção de um drama e começa a eugenia? No Brasil os grandes hospitais já praticam o diagnóstico pré-gestacional,

mas com a consciência de limitar a seleção a casos específicos e não se propor a eugenia.

Mas em muitos países já se aplica o aborto seletivo com objetivos não terapêuticos. Na Índia ele é amplamente praticado, apesar da repressão governamental, para assegurar uma descendência masculina, instituindo assim uma discriminação contra mulheres antes mesmo de elas tornarem-se pessoas. Qual é o fundamento ético do **aborto seletivo**? Quais os princípios envolvidos? Nesse caso, quem são as pessoas morais interessadas, se o feto não é considerado pessoa? Quais os valores envolvidos? O problema ético central do aborto seletivo é a determinação dos limites desse tipo de intervenção.

O que se suspeita é que a sociedade vá desenvolvendo novos valores a partir de novas técnicas, incluindo o valor eugenia. Que a sociedade comece a colocar o objetivo de ter filhos totalmente perfeitos como um valor referencial da reprodução, instituindo a eugenia como norma ética e procedimento clínico. Como corolário, essa nova moral justificará como eticamente aceitável e desejável o descarte de todo embrião ou feto com algum desvio da norma, mesmo insignificante. E todo nascimento de uma criança não perfeita passará a ser visto como um equívoco e o resultado de imperícia médica.

No Brasil a instituição dessa rotina de exame precoce do feto pode contribuir para desbloquear a discussão do aborto. Os autonomistas defendem que o aborto seletivo é eticamente válido, desde que a ciência e a tecnologia estejam aliadas à autonomia dos genitores, e não a políticas de governo, como é a política do filho único na China, ou a de redução da natalidade no Brasil.

A manipulação genética

A modalidade mais revolucionária de intervenção genética é a que mexe nos cromossomas do núcleo celular que definem o código genético. Os genes são a unidade básica dos caracteres hereditários. Já foram mapeados 50 mil genes do ser humano e 300 doenças humanas ligadas aos genes, entre as quais a síndrome de Down, a anemia falciforme, que afeta

principalmente negros, e a doença de Tay-Sachs, que prevalece entre judeus da Europa Oriental. Alterando-se os genes, pode-se criar um ser cujas novas características genéticas sejam transmissíveis. O próximo passo é a intervenção genética para eliminação ou substituição dos cromossomos responsáveis por doenças.

Já se pratica amplamente a manipulação genética na agricultura e na criação de animais, para aumentar a resistência de espécies a pragas ou para aumentar o rendimento. Na agricultura, são produzidas sementes transgênicas – cujos genes foram alterados para aumentar sua resistência a certos fungos, ou ao frio. Já há muitas variedades de cereais transgênicos, nas quais uma alteração genética que teria levado alguns milhões de anos para acontecer por seleção natural é obtida de imediato através da engenharia genética. Há dois riscos potenciais no uso das espécies transgênicas: o do controle monopolístico dessas espécies por grupos econômicos, e o de que os genes modificados migrem através do pólen para espécies aparentadas, criando variedades de ervas daninhas ou outras plantas inúteis, ainda mais resistentes a herbicidas ou de tamanho agigantado.

No Brasil a aprovação do uso comercial ou mesmo experimental de sementes geneticamente modificadas tornou-se um grande campo de batalha entre interesses científicos e comerciais de um lado, e movimentos ambientalistas de outro. Nessa disputa, a razão argumentativa, que se vale de conhecimentos científicos para chegar a consensos, foi substituída por uma razão dogmática que se vale de subterfúgios e truques.

Na reprodução humana tem havido uma moratória não declarada da manipulação genética. Bioeticistas importantes, como Berlinguer, são contrários à manipulação genética do ser humano. Outra modalidade de intervenção genética, já experimentada em animais, é a clonagem, que permite a reprodução de um ser, a criação de um novo ser com as mesmas características genéticas de um ser nascido muito antes e até já morto. É conseguida fazendo com que um óvulo do ser germine sem ter sido fertilizado, como ocorre com a autogerminação de alguns tubérculos. A técnica da clonagem consiste em retirar o núcleo do óvulo, colocando em seu lugar o núcleo de

uma célula qualquer do mesmo organismo, que já possui todo o jogo completo de cromossomas que dão ao indivíduo a identidade genética. O óvulo começa a desenvolver-se como se tivesse sido germinado, reproduzindo o ser. Aplicado ao ser humano, permitiria produzir gêmeos idênticos não simultâneos (não nascidos ao mesmo tempo). Já se trabalha numa técnica que permite a clonagem dos óvulos fecundados (zigotos), na fecundação in vitro. No Brasil a clonagem é explicitamente proibida pela Lei 8.974. Também é restringida a pesquisa com células-tronco, presentes em células embrionárias na fase de blastócito e no cordão umbilical. Graças à capacidade de multiplicar-se e diferenciar-se nos mais variados tecidos do corpo humano (sangue, ossos, nervos, músculos, etc.), essas células têm grande importância terapêutica no tratamento de lesões incapacitantes da medula espinhal, que impedem movimentos, entre outras aplicações.

As questões éticas suscitadas pela clonagem e pela manipulação do código genético do ser humano são transcendentais. Virtualmente, o homem faz-se Deus, podendo criar seres conforme um padrão genético pré-selecionado. Em tese, podem-se criar exércitos de soldados superdotados, ou, ao contrário, multidões de seres dóceis, e assim por diante. É o novo mundo de Huxley tornando-se realidade.

Os cientistas, fascinados pela genética, desenvolvem em escala mundial o projeto Genoma Humano, que visa a identificar todos os cromossomas do ser humano. Em virtude dos riscos potenciais, um comitê de especialistas de governo, convocado pelas Nações Unidas, aprovou em 1997 um projeto de declaração sobre o genoma humano, considerando-o um patrimônio genético da humanidade, que precisa ser preservado e que só pode ser manipulado em condições muito estritas e em completo respeito aos direitos humanos. A Declaração Universal do Genoma Humano e dos Direitos Humanos considera violações dos direitos humanos a discriminação genética e alerta que o genoma humano sofre mutações, evolui por sua própria natureza e contém potencialidades que se expressam de modo diferente em cada indivíduo. A declaração proíbe a clonagem humana e exige a garantia do princípio da dignidade humana.

Sobre o direito de morrer

A sociedade sempre respeitou o momento dramático da morte. Mesmo a mídia trata a morte com respeito. Evita, por exemplo, descrever detalhes do momento da morte que possam afetar a reputação ou a imagem da pessoa que morre. Mas entre os médicos ainda é muito forte o que se chama de **obstinção terapêutica**, a insistência do médico em esgotar todos os recursos da tecnologia para prolongar a vida, transformando clínicas em centros de tortura e sofrimento. **Eutanásia** significa “a boa morte”. É a morte misericordiosa, para acabar com o sofrimento. Do ponto de vista dos princípios da autonomia e da liberdade individual, não há dúvidas sobre o direito da pessoa de morrer dignamente, de recusar o tratamento e, assim, abreviar sua agonia. Nem a sociedade pode forçar um tratamento, a menos que o mal represente um perigo para a sociedade toda – como é o caso de certas doenças altamente contagiosas. A estranheza que ainda existe em relação à eutanásia decorre do fato de que a vida não é um direito, é um destino, e, portanto, a morte passa a ser encarada também como destino. Mas é exatamente com base no conceito de destino que a Igreja Católica, apesar de se opor ao suicídio, aceita a validade do desligamento de aparelhos que prolongam a vida em situações sem perspectivas de reversão do quadro clínico. É como se, nesses casos, o curso do destino estivesse sendo negado. A Igreja Católica aceita o desligamento dos aparelhos também nos casos de coma prolongado, pois se a inconsciência era profunda e irreversível, pontificou Pio XII em 1957, não havia obrigatoriedade de usar recursos extraordinários para manter o corpo vivo.

Se o prolongamento da vida significa o mero prolongamento do sofrimento, já é consensual em muitos países o direito do doente de pedir o desligamento de aparelhos, ou suspensão de alimentação forçada, o que se chama de **eutanásia passiva**. É amplamente aceita em vários estados dos Estados Unidos e tolerada, desde que expressamente solicitada pelo doente, no Canadá, Holanda e alguns outros países. Essa aceitação permite o desenvolvimento de uma casuística e de uma reflexão mais ampla sobre o poder discricionário do médico nas situações de eutanásia potencial e

sobre os valores éticos envolvidos. A **eutanásia ativa**, na qual o médico, a pedido do doente e de sua família, toma providências específicas para provocar a morte, ainda é um tabu e objeto de luta por grupos de ativistas que a defendem como um dos direitos fundamentais do homem.

No Brasil, a eutanásia é expressamente proibida pelo Conselho Federal de Medicina, de modo que se o médico permitir o desligamento de aparelhos, pode ser acusado de negligência médica e até mesmo de homicídio. Numa tímida abertura, o Conselho Federal de Medicina definiu, em 1998, que era ético o médico “não complicar a terapêutica” e que é antiético prolongar o sofrimento físico do agonizante. O debate do senso comum, da moral médica e dos legisladores sobre a eutanásia ressentem-se do que Giovanni Berlinguer chama de “fascínio assustador” pela situação limite da morte. Para ele o critério da boa conduta médica não deveria ser a qualidade do momento da morte, ou o fato da morte em si, mas a preocupação em evitar a agonia dolorosa, especialmente saber distinguir os atos que mantêm a agonia dolorosa dos atos que permitem o prolongamento de uma vida minimamente saudável. O bioético brasileiro Marco Segre é a favor até mesmo da eutanásia assistida, na qual o médico ajuda o doente a pôr fim ao seu sofrimento.

Mais uma vez, o problema é dos limites da intervenção. Se hoje se desligam os aparelhos de auxílio à respiração dos que estão prestes a morrer, amanhã, podem-se desligar os aparelhos dos que estão em coma, e depois, dos que sofrem de alguma síndrome dolorosa e incurável, mas não estão necessariamente à morte.

Bioética e meio ambiente

A palavra bioética foi usada pela primeira vez não em referência à biomedicina, e sim aos efeitos da engenharia genética no equilíbrio ambiental e no destino do nosso ecossistema. Rensselaer Potter, motivado pelo potencial apocalíptico das novas tecnologias, pelo risco de destruição da própria vida humana com a intervenção do homem nos códigos genéticos, propôs uma reaproximação entre o saber científico, cujo valor supremo e praticamente

único é o **conhecimento**, em nome do qual tudo é válido, e uma ética referenciada por outros valores. Propôs uma nova ética para as atividades científicas, não apenas aquelas ligadas ao homem, mas a toda intervenção na natureza, na biosfera. Nessa bioética, como ela a chamou, o valor moral mais importante é o da **responsabilidade** (pelo destino da biosfera). Numa ética assim, físicos não teriam contribuído para as explosões de artefatos nucleares, e biólogos proporiam uma moratória nas técnicas de manipulação genética até que suas implicações principais para o destino da biosfera fossem mais claras.

O alemão Hans Jonas, na mesma linha, fala em uma **ética de previsão e da responsabilidade**. Propõe o princípio da responsabilidade pelo destino de toda a biosfera, incluindo plantas, animais e o ambiente geral, como valor nuclear de uma bioética. Outro dos formuladores dessa bioética aplicada à relação homem-natureza, Peter Singer, divide todos os seres, inclusive animais, em pessoas e não pessoas, no sentido de serem pessoas os que têm autoconsciência, capacidade de relacionar-se com os outros, comunicação e curiosidade, entre outros atributos. Um ser humano em coma é, assim, de menor valor, como pessoa de um dilema ético, do que um bom chimpanzé.

Com sua bioética, Potter desafiava um dos fundamentos da ciência moderna, formulado por David Hume em 1740. Pelo axioma de Hume, do estudo da natureza pode-se saber como ela funciona, mas nunca como ela deveria funcionar segundo este ou aquele ditame ético. Para Hume e todos os seguidores do paradigma newtoniano, não pode haver nenhuma interface entre as leis da natureza e as leis da moral humana. Daí a resistência que a ciência ainda oferece à bioética.

Em busca de uma nova consciência moral

Governos têm permitido as mais brutais intervenções humanas na natureza, desenvolvem armas nucleares, químicas e bacteriológicas, contratam pesquisas perigosas ao meio ambiente. A humanidade, nesses casos, tem reagido somente quando se dá o desastre. É vital, na denúncia dessas práticas, em geral levadas secretamente, o papel da mídia. A energia nuclear,

caso mais extremo, desenvolveu-se inteiramente à margem dos mecanismos democráticos de decisão e de controle, criando uma cultura de secretismo e de supressão de informações, que só emergem no momento do desastre, e mesmo assim parcialmente. A mídia publica muito sobre o efeito estufa, as devastações das florestas tropicais e a extinção de algumas espécies animais, mas numa postura ainda fortemente reativa, que não resolve o dilema ético, desenvolvimento *versus* preservação. Quase não trabalham com o conceito de **desenvolvimento sustentado**, popularizado pelo Relatório Brundtland, de 1987, o primeiro grande estudo sancionado pela ONU, sobre os efeitos globais no meio ambiente do padrão de crescimento econômico adotado universalmente. O relatório propõe um novo padrão de desenvolvimento econômico, que além de atender ao conjunto de demandas sociais presentes, não comprometa o atendimento futuro dessas demandas. Hoje, a maioria dos sistemas econômicos nem atendem às necessidades atuais de grande parte da população, em trabalho, educação e moradia digna, nem asseguram o hábitat do planeta.

Nos campos da engenharia genética e reprodução assistida, domina no jornalismo a espetacularização da notícia, que não contribui para o desenvolvimento de uma consciência moral capaz de dar conta dos novos dilemas éticos. O principal cuidado jornalístico consiste, portanto, em contextualizar as informações e as notícias, fornecendo seus antecedentes e seus contornos e implicações éticas. Municar o leitor com informações sobre o desenvolvimento e as posições das várias correntes da bioética. Mesmo os médicos e pesquisadores pouco sabem sobre a bioética. Como filosofia especulativa da moral e como trabalho normativo, ela deve ser acompanhada de perto. Os grandes jornais deveriam ter uma seção permanente de bioética.

Deve-se evitar o mero denunciamento nas histórias de reprodução assistida, aborto em especial, e de eutanásia. Ainda que ferindo eventualmente a lei brasileira, essas práticas já são legais e legítimas em muitos países. E envolvem conflitos entre valores profundos que devem ser levados em conta. O jornalista deve considerar a diferença entre o legal e o legítimo e as diferentes éticas individuais e de grupos; as diferenças entre os recursos à

disposição dos ricos para a reprodução assistida e para o aborto e os recursos à disposição dos pobres. Considerar o anacronismo de nossos códigos Civil (1916) e Penal (1940), anteriores às grandes revoluções da Medicina e da biotecnologia.

Na cobertura da experimentação médica, cabe a vigilância sistemática e, se for o caso, a denúncia, porque é forte a propensão do médico, da indústria farmacêutica e das instituições de pesquisa de usar subterfúgios para acomodar-se aos requisitos do consentimento informado. Ao jornalista cabe, acima de tudo, defender os direitos humanos violados e cobrir criticamente a relação médico-paciente que se estabelece quando o médico usa o paciente para sua pesquisa. Os mesmos princípios aplicam-se às pesquisas sobre o genoma humano.

Referências

- BARCHIFONTAINE, C. P.; PESSINI, L. *Problemas atuais da bioética*. São Paulo: Loyola.
- BEAUCHAMP, T. L.; CHILDERS, J. F. *Principles of biomedical ethics*. New York: Oxford University Press, 1994.
- BERLINGUER, Giovanni. *Questões de vida*. São Paulo: Hucitec, 1993.
- BURSZTYN, Marcel. *Desenvolvimento sustentável*. São Paulo: Brasiliense, 1993.
- ENGELHARDT, H. T. *The foundations of bioethics*. New York: Oxford University Press, 1996.
- FEINBERG, Joel. The rights of animals and unborn generations. In: BLACKSTONE, W. T. *Philosophy & environmental crisis*. University of Georgia Press, 1974.
- FINNIS, J. *Fundamentals of ethics*. Oxford: Clarendon Press, 1983.
- GARRAFA, Volnei. *Dimensão ética e saúde pública*. São Paulo: Edusp, 1995.
- HÉBERT'Philip C. *Doing right*. New York: Oxford University Press, 1996.
- JONAS, Hans. *Técnica, medicina y ética*. Barcelona: Paidós Ibérica, 1985.
- JONAS, Hans. *Le principe responsabilité*. Paris: Editions du Cerf., 1992.
- LUTZENBERGER, José. *Pesadelo atômico*. São Paulo: Ched Editorial, 1980.
- OLIVEIRA, Fátima de. *Engenharia genética, o sétimo dia da criação*. São Paulo: Moderna.
- PAHO. *Bioethics, issues and perspectives*. Washington, DC: PAHO, 1990.

- PEARCE, Fred. *The Last generation*. London: Transworld Publishers, 2006.
- PELEGRINO, E. D.; THOMASMA, D. C. *For the patients's good*. New York: Oxford University Press, 1988.
- POTTER, V. R. *Bioethics: bridge to the future*. New Jersey: Prentice Hall, 1971.
- REICH, Warren T. *Encyclopedia of bioethics*. New York: Free Press, 1978.
- SACHS, Wolfgang (Editor). *The development dictionary*. London: Zed Books, 1992.
- SACHS, Wolfgang. *Global ecology*. London: Zed Books, 1993.
- SEGRE, Marco; COHEN, Cláudio (Org.). *Bioética*. São Paulo: Edusp, 1995.
- SGRECIA, Elio. *Manual de bioética*. São Paulo: Loyola, 1996.
- STEINBOCK, Bonnie. *Life before birth*. New York: Oxford University Press, 1992.
- SINGER, Peter. *Practical ethics*. Cambridge University Press, 1979.
- VEATCH, R. M. *Medical ethics*. Boston: Jones & Bartlet, 1989.

MÍDIA E SAÚDE, SAÚDE NA MÍDIA

Caco Xavier

Que cada um venha a tornar-se sujeito de sua própria saúde. Esse é o projeto ambicioso sobre o qual idealmente estão fundamentadas as leis, políticas e ações do Sistema Único de Saúde (SUS), desde as primeiras formulações do chamado Movimento da Reforma Sanitária. Desde lá, é igualmente reconhecido que a comunicação – saberes, práticas e processos – é um dos mais importantes instrumentos de realização do ideal da autonomia cidadã em relação à saúde.

A partir, principalmente, de meados da década de 80, temos um corte notável entre o que chamamos de “comunicação em saúde” e o que se poderia rotular indistintamente como “saúde na mídia”. Cenários separados, cada um desses dois campos de processos, práticas, pesquisas e diretrizes possui *ethos* próprio, que implica em lugares de fala, público, objeto e finalidade específicas.¹

O âmbito da comunicação em saúde é institucional e diz respeito às diretrizes de comunicação pública a partir do Estado e de suas políticas e instrumentos. Estão aí relacionados e implicados, como atores principais, o Ministério da Saúde, governos estaduais e municipais, conselhos de saúde (nacional, estaduais e municipais), universidades e organizações não governamentais e instituições que, de um modo ou de outro, trabalham em estreita parceria com o Estado na área da saúde, como a Associação Brasileira de

¹ Ver *Jornalismo em saúde – entre o ethos e a mídia: medulla*, comunicação de Ana Beatriz de Noronha e Caco Xavier, Congresso da Abrasco, 2003.

Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes), o Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (Conasems) e muitas outras. Tais instituições abrigam alguns importantes programas de comunicação de caráter nacional, como o Canal Saúde e o Programa Radis, da Fundação Oswaldo Cruz.

Esses atores institucionais assumem a formulação da Organização Mundial da Saúde (OMS) como seu principal objeto de trabalho. O conceito ampliado de saúde, devedor das propostas de Henry Sigerist, da Carta de Otawa e de outros documentos semelhantes, diz que saúde “é o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças ou enfermidades”.

A comunicação em saúde tem, portanto, um lugar de fala muito preciso e alguns importantes instrumentos, pelos quais é capaz de induzir muita reflexão, mas alcançar pouca repercussão e abrangência. Em razão disso, o conceito ampliado de saúde, para o qual o SUS volta todas as atenções, não chegou ao imaginário social, não foi apropriado pela sociedade. Em outras palavras, não “pegou”. Os esforços no âmbito da comunicação em saúde permanecem, com poucas exceções, restritos aos seus próprios ambientes de produção: instituições governamentais, universidades, profissionais da saúde, tendo dificuldade de alcançar até mesmo os próprios serviços de saúde.

Neste ensaio, contrapomos a comunicação em saúde ao que chamamos amplamente de “saúde na mídia”, referindo-nos aos modos pelos quais o conceito de saúde é apropriado, veiculado, “mediado” e posto em circulação pelas várias mídias de massa em nosso país. E então, nesse cenário, ambos os termos – “saúde” e “mídia” – parecem-nos problemáticos, e seguramente deles não nos poderemos utilizar sem levar em conta a grande complexidade que abrigam.

Entendemos “mídia”, a princípio, como identificada a *medium* e mediação criativa, lembrando-nos principalmente de Mcluhan² e Latour³, relacionando

² Marshall Mcluhan, teórico canadense, nos anos 60 inovou a compreensão do papel da comunicação e das mídias, principalmente a partir dos livros *A galáxia de Gutenberg* (1962) e *Understanding media*

intrinsecamente a inteligência (e agência) humana às (agências das) tecnologias de informação e comunicação na conformação de imensas, diversificadas, multifacetadas e justapostas redes sociotécnicas. Tal comunicação transcende em muito os esquemas mecânicos compostos por emissor-canal-receptor e leva à identificação de um novo *bios*, um *bios midiático*⁴, uma nova forma de consciência social baseada na não-linearidade. No fundo disso, encontra-se o processo que Muniz Sodré chama de “midiatização da sociedade”, que vai implicar, por sua vez, a criação de uma *doxa* coletiva.

Ao tentarmos nos aproximar do conceito de saúde apropriado pela mídia, os problemas são ainda maiores. À primeira tentativa de abordagem, vemo-nos envoltos em uma espécie de *fog* conceitual e semântico, no qual coexistem diversas, ambíguas, imprecisas e difusas noções acerca do que se chama indistintamente de “saúde”, uma só palavra na qual cabem, ao sabor das circunstâncias, legiões de conceitos. “Saúde”, para a mídia, é uma palavra-valise de Lewis Carrol, “dentro” da qual podem caber inúmeras significações, algumas até contraditórias entre si.⁵

Falar de saúde na mídia é também falar de uma profunda desigualdade nos acessos aos meios de comunicação e, por conseqüência, de iniquidade em saúde. A razão disso é que, por um lado, percebemos que os esforços das áreas e atores da comunicação em saúde não têm abrangência nem grande repercussão social e, por outro lado, as diversas mídias apropriam-se de muitos modos (a maioria deles em franca contradição com os

(1964). No primeiro, McLuhan refere-se à “aldeia global”, à rede mundial timidamente iniciada e prenunciada pelas tecnologias eletrônicas. No segundo, o visionário que dizia apenas “prever o que já se podia ver” formula sua proposição mais conhecida, ao assegurar que “o meio é a mensagem”.

³ Bruno Latour, cientista social, é autor de *Jamais fomos modernos* (1994) e *Reassembling the social* (2005), obras nas quais apresenta sua compreensão de mediação como instância necessariamente criadora e da incorporação da agência de elementos não humanos na formatação das redes sociotécnicas.

⁴ Muniz Sodré constrói o conceito de bios midiático em seu trabalho *Antropológica do espelho* (2002), a partir das três formas de existência (bios) descritas por Aristóteles na *Ética a Nicômaco*: bios apolaustikós (vida do corpo), bios politikós (vida social) e bios theoretikos (vida contemplativa).

⁵ Para maior aprofundamento dessa idéia, ver meu trabalho intitulado *Que saúde? – Os três argumentos: mídia, saúde e comunicação*, apresentado na ComSaúde 2005.

conceitos da OMS e proposições do SUS) do termo “saúde”. Além disso – é necessário dizer –, comunicação em saúde e saúde na mídia têm uma embaçosa semelhança: em ambos os campos, o foco não é o sujeito, ainda que o de alguns discursos o sejam. Quer nas instâncias governamentais e institucionais, quer nas grandes mídias, o cidadão, o “homem-comum”⁶, jamais é sujeito da comunicação, isto é, jamais é incluído como também legítimo produtor de conhecimentos e negociador de bens simbólicos⁷ nesse mercado.

Por não fazer parte do escopo deste ensaio, deixamos de lado, então, considerações sobre o âmbito da comunicação em saúde, e arriscamos a proposição de algumas questões acerca da(s) mídia(s) e como, em que condições e para que se apropriam do(s) conceito(s) de saúde.

Saúde na mídia, rebanho *versus* cardume

Nunca houve tantas e tão variadas tecnologias e suportes de comunicação, nunca houve tamanha circulação de conteúdos, nunca houve tanta informação sobre saúde disponível nas mídias, apesar das já citadas desigualdades de acesso aos meios. No entanto, nunca nos perguntamos tanto, à maneira de Morin⁸, “onde está o conhecimento que perdemos na informação? E onde está a sabedoria que perdemos no conhecimento?”.

Há um erro básico e constantemente repetido – logo e por isso tornado “verdadeiro” – na suposição de que a equação “mais informação = mais autonomia” é uma implicação necessária. Em primeiro lugar, questiona-se radicalmente a implicação nela mesma. A prática cotidiana, o desejo, as complexas relações que regem as escolhas pessoais e sociais têm desmentido veementemente a idéia de que basta informar para incrementar a autonomia do sujeito.

⁶ Ver trabalho citado anteriormente: *Que saúde?*

⁷ A idéia de bens simbólicos e capital simbólico é de Pierre Bourdieu, desenhada desde a sua obra *Le sens pratique* (1980) até *Langage et pouvoir symbolique* (2001).

⁸ Edgar Morin, citando T. S. Eliot, em *Cabeça bem-feita* (2000).

Obviamente, a informação é um elemento importante à equação da autonomia, mas não é o único, e tampouco é desprovido de complexidade. Por exemplo: de que informação estamos falando, quando a vinculamos diretamente à autonomia? Qual é o conteúdo, a qualidade, a abrangência, a pertinência, o *habitus*⁹ que “enforma” tal informação? De onde ela provém, e de quem? E de que modo é apresentada e circula?

Igualmente, perguntamos acerca de que autonomia estamos falando. Num mundo (e num país) tão marcado por iniquidades em “camadas” tão diversas em relação aos determinantes sociais da saúde,¹⁰ será que basta apenas “estar informado” para ser dono de sua própria saúde? Nem bem entramos ainda nos ambientes das mídias e já nos vemos enredados por problemas inerentes à nossa superficial compreensão e apreensão do que sejam “informação” e “autonomia”.

Decido, por isso, estabelecer aqui um foco muito preciso para este ensaio, na expectativa de poder tocar em pontos-chave da relação entre mídia e saúde, por um lado, e por outro oferecer caminhos a serem trilhados, a partir desses pontos. Para isso, é importante considerar que, atualmente, os chamados meios de comunicação não têm determinações simétricas, isto é, não se pode, impunemente, falar de “mídia” num sentido amplo, geral e irrestrito, ou considerar que todos os meios sejam igualmente determinantes e impositores de conceitos e comportamentos.

Não vejo a relação entre mídia e – digamos – seu público como causal e linear, como a relação entre uma entidade monstruosa que pensa, comanda e age sobre uma massa indistinta de pessoas passivas, vista como outra entidade não menos problemática: “sociedade”. Atualmente, a mídia – se ainda pudéssemos chamá-la assim – não tem com a “sociedade” uma

⁹ Novamente Bourdieu e *Le sens pratique*. O *habitus* é tido, de modo muito simplificado, como a interiorização de estruturas objetivas das condições de classe ou grupos sociais, que funcionam como princípio estruturante de geração e sistematização de práticas e representações.

¹⁰ Ver o modelo de Whitehead e Dahlgren, no artigo “*What can be done about inequalities in health?*”, publicado em *The Lancet*, 1991.

relação baseada na idéia de rebanho,¹¹ cândidas ovelhas que seguem seu pastor. É ainda imprudente dizer com todas as letras, mas talvez pudéssemos arriscar outra imagem de comportamento animal e dizer que a relação entre mídia (agora: *mídias*, várias, assimétricas, peculiares), públicos, igualmente diversos, e mercados (aqui representando especificamente interesses comerciais de várias ordens) é a relação, ou, melhor dizendo, o conjunto de relações que rege um grande cardume de peixes.

Aparentemente, um cardume move-se como um só organismo, em movimentos que não parecem ter origem em nenhum líder ou “alfa”. São vários peixes, diversos tamanhos e potências, e o movimento de cada um é induzido – e não exatamente determinado pelos movimentos de no máximo três ou quatro peixes mais próximos. Cada um “segue” e “é seguido” por seus vizinhos imediatos, nenhum deles detém o comando do cardume todo. No entanto, quem olha de fora (digamos, um esforçado cientista social) tem a impressão de um movimento único, sincronizado, combinado, e logo sente-se seduzido a estabelecer as leis gerais que o regem. As pequenas induções que envolvem tais movimentos, as tensões internas e as milhares de relações que ligam indivíduos e grupos são totalmente desprezadas e passam despercebidas.

Igualmente, podemos perguntar-nos acerca dessas relações que envolvem mídias, públicos e mercados:¹² quem induz o movimento de quem? E como? Não tenho respostas, ainda, mas entrevejo e proponho que tais relações são bem mais complexas e merecem análises muito mais acuradas, aprofundadas e abrangentes do que as “leis gerais”, baseadas em rebanhos e pastores, levam-nos a crer.

Se não falamos em “mídia”, do que falaremos? Em primeiro lugar, de *mídias*: jornais (impressos, eletrônicos, diários, semanais, regionais, nacionais,

¹¹ A metáfora é de fundo nietzscheano, não de fundo cristão.

¹² Convictos estamos de que a referência a “Mídia”, “Público” e “Mercado”, no singular e com inicial maiúscula, é hoje uma perturbadora e infrutífera ficção sociológica, do mesmo modo que Edmund Leach considerava uma “ficção antropológica” toda tentativa de construção teórica que aprisionava grupos sociais dinâmicos em sociedades estáticas e fortemente estruturadas (Ver *Sistemas políticos da Alta Birmânia*, 1954).

de classe, institucionais), revistas (*idem*), rádio (AM, FM, emissoras públicas, estatais), televisão (aberta, diversas emissoras com diversos padrões, fechada, digital), etc., etc. Cada uma dessas mídias tem um *ethos* e uma espécie de relação com os diversos públicos e mercados. Abaixo a preguiça! Para falar de todas, há de se falar de cada uma e de suas agências,¹³ e a soma das versões é o mais próximo que conseguiremos nos acercar de alguma “verdade”, tarefa tão impossível quanto a reconstituição dos fragmentos da destruída Torre de Babel.¹⁴

Sejamos, portanto, precisos e falemos aqui de uma mídia apenas (e que, de certo modo, já abrange uma grande diversidade), a televisão aberta. Justifico a escolha por três razões. Em primeiro lugar, cerca de 90% da população brasileira tem uma TV em casa. São cerca de 70 milhões de aparelhos, instalados em 38 milhões de lares. A TV alcança cerca de 150 milhões de brasileiros que não têm acesso a qualquer outro veículo de comunicação¹⁵. Em relação a seus discursos predominantes, a essa mídia podemos vincular diretamente o diagnóstico de Muniz Sodré, especialmente adequado ao nosso objeto-saúde: “A mídia não determina, mas *prescreve*”.

Em segundo lugar, comparando a outras mídias, a TV tem muito maior impacto e abrangência na construção de imaginários sociais da população brasileira. Os jornais, por exemplo, apresentam baixo índice de leitura em nosso país. A tiragem diária de jornais no Brasil chega a tímidos 6,8 milhões de exemplares por dia (metade da tiragem dominical de um único jornal japonês, o *Yumiuri Shimbun!*), o que equivale a apenas 1,5% da tiragem mundial.¹⁶ Além disso, pesquisas indicam que o tempo de leitura diária dos jornais tem decrescido. Em 2001, despendiam-se em média 64 minutos diários para a leitura, enquanto em 2005 esse tempo caiu para 46 minutos/dia.

¹³ Aqui no sentido puramente atribuído por Deleuze & Guatarri, vinculado a máquinas de guerra e regimes de signos. *Mille plateaux*, 1980.

¹⁴ Ver Jacques Derrida, *Des Tours de Babel*, pequeno opúsculo de 1987.

¹⁵ Dados da Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), 2005.

¹⁶ Dados da Associação Brasileira da Indústria Gráfica (Abigraf), 2005.

O tempo “perdido”, como aponta a mesma pesquisa, foi redistribuído para outras mídias.¹⁷

Por fim, percebemos mais claramente a grande influência da TV aberta na indução dos movimentos do cardume – como adiantei, há assimetria de forças entre esses peixinhos e peixões – ao compararmos as verbas destinadas à publicidade em cada mídia, no ano de 2005. Enquanto no rádio estão investidos 4% do total da verba publicitária no país, as revistas são alvo de 9% do total e os jornais, de 16,5%. Para a TV aberta, no entanto, são destinados 60% das verbas publicitárias¹⁸.

Os sentidos da saúde na TV e algumas sugestões

Aponto, abaixo, apenas três dos principais sentidos¹⁹ pelos quais as mídias – principalmente a TV – apropriam-se do conceito de saúde para, em seguida e falando especificamente a nós, profissionais e pesquisadores de comunicação em saúde, explicitar pontualmente algumas sugestões para o enfrentamento dessas questões.

- i. **Saúde é mercadoria** – As tentativas de apropriação do conceito de saúde obedecem a uma finalidade quase-única: a *comercialização*. O conceito de saúde, não se demorou muito a perceber, é sempre lucrativo, em diversos graus. Uma das idéias mais fortes acerca da saúde na TV está firmemente vinculada ao fato de que a principal relação é a de compra e venda, isto é, de que é possível – e necessário, e natural – comprar e vender saúde. Esse aspecto é mais visível, sobretudo, nos programas que envolvem *merchandising* e *marketing*, nos quais saúde é relacionada a produtos de beleza, esportes e alimentação. Nesse sentido, ‘saúde’ tem forte apelo de venda, e torna-se

¹⁷ *Idem*, Abigraf.

¹⁸ Dados da Associação Nacional dos Jornais (ANJ), 2005.

¹⁹ Tais sentidos estão descritos com mais pormenores e baseados em observações sistematizadas no trabalho *Que saúde?* – Os três argumentos: mídia, saúde e comunicação (2005).

- a mercadoria intangível embutida nos produtos tangíveis. Esse artifício é também visível na venda direta de medicamentos e serviços de saúde, notadamente planos de saúde, mas está presente em várias outras dimensões das ‘grades’ televisivas, como novelas, shows humorísticos e programas de variedades voltados para os públicos femininos.
- ii. Saúde define-se pela “cura”** – A compreensão de saúde veiculada está primordialmente amparada em dicotomias do senso-comum e descontinuidades, definindo-se, assim, a partir de um “negativo” a suplantar (a partir de uma cura). Parte-se, por exemplo, de três principais oposições (doença/saúde, velhice/juventude, dor/prazer) para estabelecer “cortes” precisos entre elas, identificados por procedimentos, ações e substâncias (raramente processos) que objetivam, em maior ou menor grau, a “cura” e a passagem de um estado a outro. Essa compreensão subliminar nubla a idéia de saúde “positiva”, como a explicitada no conceito-OMS, bem como a noção de promoção da saúde a partir de elementos e processos que diretamente não apresentam relação com a “Medicina”, por exemplo, os determinantes sociais.
- iii. Saúde é tecnologia** – Em ambas as idéias acima está implicada, por conseqüência, uma forma comum de apropriação de tais conceitos: a “cientifização” da saúde. A ênfase na tecnologia como sinal de eficácia, qualidade e progresso mostra-nos que, sob esse prisma, nossa “contemporaneidade” ainda não deixou os princípios da modernidade ou, pior, sequer passou por ela.²⁰ Vivemos, na mídia em saúde e fora de época, um momento totalmente “cientificista”, no qual as novidades tecnológicas passam a ter estatuto de qualidade e eficácia somente pelo fato de serem novidades. Programas como o Fantástico (Rede Globo), por exemplo, têm em suas grades preciosos minutos sempre reservados para matérias sobre medicamentos,

²⁰ Bruno Latour, novamente. Vale a pena reler, à luz da compreensão “midiática” da saúde, seus argumentos no inquietante trabalho *Jamais fomos modernos* (1994).

procedimentos, “descobertas” e “novidades” da área médica. A cada semana, a “humanidade” fica melhor, porque uma nova droga ou um novo equipamento é “inventado”.

Para finalizar, este ensaio deve propor, pontual e sinteticamente, algumas sugestões para nós e nossas práticas em comunicação em saúde relacionadas às mídias.

i. Compreensão das mídias – É preciso compreendê-las, enfatizando-se a TV aberta. É preciso compreender como tais mídias agem sobre os conceitos de saúde e entender as diversas relações que esses “peixes” estabelecem no interior do cardume. São necessários estudos não setoriais, pluri e transdisciplinares, que alarguem a diversidade das pesquisas, das abordagens, das metodologias e das disciplinas, integrando não só a comunicação, mas também os campos da Filosofia, História, Antropologia, Psicologia, Sociologia, Saúde. É preciso dialogar e ouvir atores diversos, envolvendo não só as ciências, mas também a literatura, os saberes populares, os discursos religiosos e as próprias mídias.

É preciso abrir mão de certezas apriorísticas e romper *frameworks* enrijecidos e inúteis. É preciso, em outras palavras e adotando algumas expressões da Antropologia, “seguir as controvérsias” mais do que os discursos categóricos, “*chercher la vache*” para compreender o homem.²¹ Por fim, é preciso entender as mídias como redes socio-técnicas, como agenciamentos coletivos, em toda a sua complexidade e intrincadas relações. Para isso, é preciso, antes de mais nada...

ii. Avaliação de impactos – Não temos, ao menos nos ambientes da saúde, bons observatórios de mídia. Não falamos de *clippings* ou recortes de conteúdos, mas de avaliações que tenham por base a compilação, a análise e o processamento de informações a partir do que as mídias fazem circular a respeito da saúde. O que temos são

²¹ A expressão é de Evans-Pritchard, ao estudar os nuer, do Sudeste da África. O etnólogo dizia que, para compreender a sociedade nuer, foi preciso antes compreender a profunda relação que aqueles homens mantinham com seu gado, com o qual se identificavam simbioticamente e do qual dependiam inteiramente. Assim, para “seguir o nativo” nuer, era preciso antes seguir quem ele seguia: era preciso “procurar a vaca”.

observatórios baseados em “artigos de opinião” ou “achismos” (herança dos observatórios da imprensa em geral aos quais nos acostumamos). Não sabemos sequer como avaliar os nossos próprios instrumentos de comunicação em saúde, quanto mais a saúde nas mídias.

Não fazemos, por exemplo, avaliação por triangulação de abordagens, nem sequer nos assenhoreamos de metodologias de avaliação de impacto na área da comunicação, nem mesmo nos utilizamos do enorme potencial que a área da saúde construiu e dispõe em termos de conhecimentos de métodos estatísticos de análise. São, evidentemente, processos caros e custosos, mas capazes de produzir resultados inestimáveis, e somente em função disso teremos condições de efetuar...

iii. Revisão de estratégias – Efetuar constantes revisões de estratégias de promoção e reflexão sobre a saúde, bem como das formas pelas quais a comunicação em saúde é capaz de articular-se com as mídias (envolvendo negociação, confronto, intervenção) parece, para nós, uma urgência que beira a obviedade. O contato com as mídias, seja por meio das assessorias de imprensa institucionais, seja por outros meios, parece hoje fundamental para que nossos “bens simbólicos” a respeito da promoção da saúde sejam também inseridos na circulação desse mercado como capital importante. Não temos realizado tal articulação com competência ou eficácia. Ao contrário, estamos nos tornando, com raras exceções, especialistas em oferecer às mídias o que as mídias desejam, e no formato que desejam. Isso significa abrir mão de nosso *ethos* próprio, de nossos lugares de fala, ao mesmo tempo em que compramos a ilusão de que estamos “pautando as mídias”, quando, na verdade, são elas que nos pautam.

iv. Educação Comunicativa – Por fim, creio ser mais do que necessário repensar a comunicação que temos e fazemos, e repensá-la em contato estreito com a educação. Em artigo recente, ainda no prelo,²²

²² O artigo tem publicação prevista no periódico “Olho Mágico”, da Universidade Estadual de Londrina, e foi escrito a partir de oficina ministrada no Congresso da Rede Unida, em 2005.

escrito em conjunto com a jornalista Cátia Guimarães, construo uma expressão conversível que explicita meu modo de pensar a respeito desse vínculo, apresentado no binômio “comunicação pedagógica, educação comunicativa”.

Para a área da Comunicação, o reconhecimento do caráter pedagógico de suas práticas significa assumir efetivamente sua função e sua responsabilidade social, que passa, necessariamente, por um repensar de sua prática nas instituições públicas de saúde. “Comunicação pedagógica” deve assim ser entendida como conceito novo e operacional, e não como mera adjetivação do processo comunicativo. Por outro lado, toda ação de educar é uma ação comunicativa. A educação, por sua vez, costuma enxergar a Comunicação exatamente da forma como ela se apresenta ao senso comum, como simples meio e instrumento, responsável por “transmitir” um certo “conteúdo” de um emissor a um receptor. A dialogia – palavra cara a muitos educadores, entre os quais Paulo Freire – não é apenas o resultado de uma prática social instintiva e corriqueira, mas sim um saber, e um saber intrínseco à prática (profissional) da comunicação.

“Educação comunicativa e comunicação pedagógica” não configura, assim, uma “terceira coisa”, uma imposta síntese entre dois blocos estanques de saber e fazeres, mas, ao contrário, é a proposta de um novo modo de relacionamento entre dois campos, no qual cada um aporta ao outro seus saberes próprios e deixa-se generosamente apropriar pelo outro. É uma proposta de um relacionamento a ser construído pacientemente, que potencializa as práticas (educativas, comunicativas) em direção à plenitude de suas missões e sentidos sociais.

Referências

- BOURDIEU, P. *Le sens pratique*. Paris: Les Editions de Minuit, 1980.
- BOURDIEU, P. *Langage et pouvoir symbolique*. Paris: Seuil, 2001.

- BOURDIEU, P. *A economia das trocas simbólicas – O que falar quer dizer*. São Paulo: Edusp, 1998.
- DELEUZE, G; GUATARRI, F. *Mille plateaux*. Paris: Editions de Minuit, 1980.
- DERRIDA, J. *Torres de Babel*. Belo Horizonte: Editora da UFMG, 2001.
- EVANS-PRITCHARD, E. E. *Os nuer*. São Paulo: Editora Perspectiva, 2005.
- GUIMARÃES, C.; XAVIER, C. (no prelo) Comunicação pedagógica, educação comunicativa. *Revista Olho Mágico*. Universidade Estadual de Londrina, Londrina.
- LATOUR, B. *Jamais fomos modernos*. Rio de Janeiro: Editora 34, 1994.
- LATOUR, B. *Reassembling the social*. New York: Oxford University Press, 2005.
- LEACH, E. *Sistemas políticos da Alta Birmânia*. São Paulo: Edusp, 1995.
- MCLUHAN, M. *A galáxia de Gutenberg*. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1972.
- MCLUHAN, M. *Understanding media*. New York: McGraw-Hill Book, Company, 1964.
- MORIN, E. *Cabeça bem-feita*. (2000)
- NORONHA, A. B; XAVIER, C. *Jornalismo em saúde – entre o ethos e a mídia: medulla*. Comunicação oral, Congresso da Abrasco, Salvador, 2003.
- SODRÉ, M. *Antropológica do espelho*. Petrópolis: Editora Vozes, 2002.
- WHITEHEAD, M; DAHLGREN, G. *What can be done about inequalities in health?* London: *The Lancet* 338, p. 1059-1063, 1991.
- XAVIER, C. *Que saúde? – Os três argumentos: mídia, saúde e comunicação*. Comunicação oral, Seminário da ComSaúde, Recife, 2005.

A COBERTURA SOBRE SAÚDE RELATIVA À INFÂNCIA E À ADOLESCÊNCIA: UMA ANÁLISE COMPARATIVA DO MATERIAL VEICULADO POR 50 JORNAIS BRASILEIROS

Guilherme Canela de Souza Godoi

O que é saúde? Que temas devem ser considerados por uma análise que busca falar sobre saúde? Por certo, não haveria dificuldades em responder que não poderiam ficar de fora os diferentes tipos de enfermidades e as técnicas relacionadas à cura (ou não) dessas enfermidades. Pesquisas científicas, tudo aquilo que envolve a Medicina, os indicadores correlacionados aos mais diferentes tipos de doenças e taxas de mortalidade acabam por fazer parte desse rol de questões que, sem dúvida, são inegavelmente relacionados à saúde.

Entretanto, é possível argumentar que muitos outros temas estão alojados sob o extenso guarda-chuva da saúde: saneamento básico, meio ambiente, lazer e qualidade de vida em geral, drogas, fome, miséria, organismos geneticamente modificados, violência. Violência? Sim, um dos maiores problemas de saúde pública do século passado e deste.

E as dificuldades em se delimitar uma pesquisa sobre saúde não param por aí. Tendo escolhido o recorte temático, resta ainda definir o que será analisado. Perfil das doenças, perfil dos doentes, qualidade de vida, prevenção, novos medicamentos, políticas públicas para a área e questões profissionais são algumas das possibilidades.

Essa pequena digressão que envolveu apenas as dificuldades de delimitar as fronteiras de um estudo sobre saúde teve por objetivo determinar a complexidade da temática. Complexidade essa que é acentuada pelo, não

raro, caráter extremamente técnico do tema. Linguagem dura, conceitos muito próprios do setor.

Tal complexidade deve ser vista, portanto, como um elemento que traz dificuldades para a cobertura jornalística acerca desta seara. O reconhecimento da existência de tais dificuldades não tem por objetivo servir como alibi para os deslizes de qualidade encontrados nessa cobertura com alguma freqüência. Ao contrário, nossa proposta é que somente tendo consciência do caráter multifacetado das questões que se encontram dentro desta grande rubrica da saúde é que os meios de comunicação conseguirão avançar consistentemente na cobertura cotidiana que fazem do tema.

Nossa proposta no presente artigo é analisar e ressaltar as principais características de uma parte da relação entre mídia e saúde. Nas próximas páginas faremos a comparação da cobertura jornalística de quatro importantes temáticas que estão diretamente relacionadas ao mundo da saúde.

Analisaremos as semelhanças e diferenças entre a cobertura, ao longo de um ano, de temáticas que podem ser concebidas como: “Saúde da criança” (da concepção até os 11 anos), “Saúde do adolescente” (dos 11 aos 17 anos), as matérias sobre tabaco e álcool (como foco na criança e no adolescente) e uma análise das colunas de consulta de veículos da grande imprensa e de veículos segmentados para adolescentes e jovens, as quais se ocupam, em grande parte do tempo, em responder a questões relacionadas à saúde deles. Para enriquecer o debate, aqui e acolá, traremos as considerações de duas outras pesquisas correlacionadas ao tema da saúde: uma sobre a cobertura de exploração e abuso sexual e outra sobre a cobertura de pessoas com deficiência.^{1/2}

O texto que se segue está distribuído da seguinte maneira: de início traremos os principais aspectos metodológicos empregados na construção

¹ O tema das pessoas com deficiência é, não raro, equivocadamente trabalhado pela mídia (e outros setores) a partir de um modelo médico.

² Todas as pesquisas foram publicadas pela Agência de Notícias dos Direitos da Infância. As referências bibliográficas completas estão relacionadas ao final deste *paper*.

dessas diferentes pesquisas, na seqüência apresentaremos uma discussão dos resultados e, por fim, teceremos algumas conclusões.

Aspectos metodológicos

Todas as pesquisas empíricas supramencionadas contaram com uma metodologia muito semelhante no tocante à coleta do material de pesquisas (as matérias ou as perguntas e respostas no caso da pesquisa “A mídia como consultório?”), na sistematização desse material (classificação das matérias e construção de um banco de dados) e na análise desses mesmos resultados.

Em todos os casos foi realizada uma clipagem pelo setor responsável da Agência de Notícias dos Direitos da Infância com o intuito de separar o material que seria efetivamente analisado em cada uma das investigações realizadas.

O método de análise de mídia utilizado para a sistematização e classificação do material que fez parte das diferentes amostras (ou universos, em alguns casos) foi o da análise de conteúdo.³ De acordo com Hansen *et. al* (op. cit., p. 123), o método da análise de conteúdo:

[...] follows a clearly defined set of steps, one of its attractive features, but is also vulnerable to abuse. Fundamentally, those choosing to use content analysis for the study of media content should recognize that content analysis is little more than a set of guidelines about how to analyze and quantify media content in a systematic and reliable fashion.

Nesse sentido, os passos observados foram: definição do universo ou amostra a serem pesquisados, definição de um instrumento para análise das matérias, classificação dos textos jornalísticos segundo esse instrumento, inserção no banco de dados, produção dos resultados agregados, análise dos resultados.

³ Para uma definição completa desse método, cf. Hansen *et. al.* (cap. 5, 1998).

Quadro 1: Características dos universos pesquisados para cada uma das investigações realizadas

Pesquisa	Número de textos ou perguntas	Período	Número de veículos ou colunas	Metodologia amostral
Saúde da criança	993	2001	47	Mês composto
Saúde do adolescente	670 (grande mídia) 201 (mídia jovem)	2001	48 (grande mídia) 23 (mídia jovem)	Universo de textos publicados no período
Mídia como consultório?	1326	set./2001 a mar./2005	35	Perguntas publicadas no período
Tabaco e álcool	239 (grande mídia) 64 (mídia jovem)	2001	49 (grande mídia) 30 (mídia jovem)	Universo de textos publicados no período
Exploração e abuso sexual	718	jan./2000 a jun./2001	50	Mês composto
Mídia e deficiência	747	2002	50	Mês composto

Discussões

Muitas seriam as possibilidades de estabelecermos comparações entre essas diferentes coberturas da imprensa nacional. Não obstante, pelas limitações de escopo deste *paper*, concentraremos nossa análise em três conjuntos de aspectos: 1) a abordagem das questões de saúde sob uma perspectiva da doença; 2) os enquadramentos das matérias, especialmente as políticas públicas; 3) e questões jornalísticas propriamente ditas.

As teorias do agendamento ensinam-nos que as políticas públicas caminham *pari passu* com as temáticas que são privilegiadas pelos meios de comunicação. Nesse sentido, em termos quantitativos, para as temáticas relevantes para a infância e adolescência, os meios de comunicação têm dado destaque para três importantes questões públicas ainda por resolver

no Brasil e em boa parte do planeta: educação, violência e saúde. Os dados sobre os temas mais abordados por cerca de 50 jornais analisados diariamente pela Andi no período 1996-2002, por exemplo, mostram que a temática saúde é o terceiro tema mais abordado pela imprensa e pode mudar de posição se a ela somarmos irmãos naturais como drogas e mortalidade infantil (para não falarmos da violência e da exploração e abuso sexual como questões de saúde pública).

Contudo, conforme ressaltamos, a não desprezível presença da temática saúde no bojo da cobertura sobre infância e adolescência (foram 13.344 textos jornalísticos em 2005) não implica, necessariamente, uma cobertura de qualidade. Apontaremos alguns pontos referentes a esse desafio nas próximas subseções.

Saúde ou doença?

Uma das mais contundentes constatações naquelas diferentes pesquisas é a de que a mídia cobre preferencialmente as doenças que afetam a população infanto-juvenil e as formas de superá-las. Não há, na mesma proporção, uma cobertura que privilegie a qualidade de vida, a prevenção a esses males, isto é, uma cobertura mais pró-ativa, mais contextualizada e, logo, mais completa.

Esse é um debate conceitual importante. Seria a saúde tão somente, ou até mesmo principalmente a ausência de doenças? A mesma pergunta foi colocada por Johan Galtung (1990) em relação à paz: seria a paz a ausência de violência? A resposta, para Galtung, é evidentemente negativa, a paz implica muito mais do que a ausência de violência. Caso caminhemos com nossa reflexão na mesma direção de Galtung, teremos que aceitar que a cobertura é parcial, devendo avançar mais.

Por que, afinal, afirmamos que a perspectiva da cobertura é a doença e não a saúde? Alguns são os dados que nos permitem chegar a essa conclusão. Um dos mais contundentes está na pesquisa “A mídia como consultório?”. Pelo levantamento feito, 6% das respostas que tratavam de temas

relativos à saúde tocaram em questões relativas à qualidade de vida, as demais limitavam-se a tentar apontar caminhos pragmáticos para os problemas também pragmáticos colocados por eles que fizeram consultas às colunas.

Outra constatação importante vem da pesquisa de exploração e abuso sexual. Nessa há uma perspectiva total de relatar a violência sofrida pelas vítimas, entretanto, não se aproveita o ensejo para trabalhar questões como a saúde mental de vítimas e agressores (1,4% e 0% das matérias, respectivamente, o fazem).

Na investigação sobre a cobertura de deficiência também temos um processo semelhante. Em muitas matérias as deficiências são encaradas como doença, um mal que precisa ser resolvido. Com esse tipo de perspectiva, perde-se a oportunidade de abordar os direitos das pessoas com deficiências, as formas necessárias para aumentar a sua qualidade de vida na condição de cidadãos. A caracterização da deficiência como doença pode ser verificada por diferentes dados da pesquisa: 19,5% das matérias se ocupam-se centralmente das novas tecnologias biomédicas e tratamentos desenvolvidos para as pessoas com deficiência; 27,5% dos textos apresentam causas biológicas para os problemas relacionados às pessoas com deficiência; 28,3% apresentam conseqüências físicas nos textos sobre deficiências; 19,1% apresentam cuidados médicos e clínicos como solução.

Duas outras questões, através das quais poderemos comparar diferentes pesquisas, permitem-nos verificar mais de perto essa perspectiva de doença na cobertura de saúde. A primeira delas é a prevenção: em nenhuma das sondagens feitas a discussão de prevenção nas matérias superou os 50% – em muitos casos está bem distante disso, como pode ser verificado na tabela 1 abaixo. As discussões sobre prevenção, evidentemente, assumem uma perspectiva mais voltada à saúde do que à doença, a cobertura dá-se em outra linguagem, busca ao mesmo tempo cobrar políticas preventivas dos governos e apresentar serviços aos leitores, indicando como adotar práticas preventivas. Entretanto, essa ainda não é a regra na imprensa.

Tabela 1: Percentagem de matérias que apresentaram uma perspectiva preventiva*

Pesquisa	Apresentou uma perspectiva de prevenção (%)	Não apresentou uma perspectiva de prevenção (%)
Saúde da criança	41,55	58,45
Saúde do adolescente	32,3	67,7
Tabaco e álcool	39,3	60,7
A mídia como consultório?	22,0	78,0

* A pergunta foi feita apenas para as matérias nas quais se aplicava falar de prevenção, no caso da pesquisa “A mídia como consultório?” foram consideradas especificamente a prevenção às DST/Aids e à gravidez.

Um outro comportamento da imprensa que indicaria uma postura de entender a saúde de forma mais ampla e não como a ausência de doença é a identificação das populações relacionadas à temática como detentores de direitos. Essa perspectiva de sujeitos de direitos, implementada pela Constituição Federal de 1988 e consolidada pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, é central para compreendermos as políticas públicas, no caso a de saúde, como algo além do atendimento direto, como algo além de “favores” do Estado. A qualidade de vida, no seu sentido mais amplo, e, portanto, a saúde, são direitos dos cidadãos e, quando entendidas e divulgadas nessa perspectiva, tenderão a formar cidadãos (e eleitores) mais críticos e conscientes daquilo que podem cobrar ativamente do Estado. A tabela 2 compara a abordagem centrada no entendimento de crianças, adolescentes e pessoas com deficiência como sujeitos de direitos:

Tabela 2: Percentagem de matérias que apresentaram crianças, adolescentes, pessoas com deficiência e demais pessoas como sujeitos de direitos

Pesquisa	Tratou a população como detentora de direitos (%)	Não apresentou uma perspectiva de prevenção (%)
Saúde da criança	1,8	98,2
Saúde do adolescente	3,1	96,9
Mídia e deficiência	14,1	85,9

Portanto, com esses indicadores podemos apontar a tendência dos meios de comunicação em trazer uma abordagem da saúde mais identificada com a doença (e a superação dela) e menos identificada com uma perspectiva mais ampla de direito social da população e de garantia da qualidade de vida. É preciso avançar nessa direção.

Políticas públicas – cobertura natural?

Entender a saúde como uma política pública parece ser o caminho natural da cobertura sobre a temática, entretanto não é isso o que ocorre em boa parte do trabalho jornalístico da mídia impressa brasileira. As histórias individualizadas e os trabalhos científicos (para ficarmos em dois outros enquadramentos possíveis) têm espaço cativo nas páginas dos jornais e, não raro, superam a abordagem da saúde como uma política pública que deveria ser universal e proporcionada a toda a população. A tabela 3 ilustra esses resultados.

Tabela 3: Como as diferentes pautas são enquadradas pelos jornais (em %)*

Pesquisa	Individualizado	Política pública	Setor privado	Sociedade civil	Temático [#]
Saúde da criança	8,8	47	2,1	11,4	30,7
Saúde do adolescente	19,4	30	1,6	6,6	38,5
Tabaco e álcool	6,7	28,9	0,8	13,4	50,2
Mídia e deficiência	12,2	26,3	8,8	21	31,7
Exploração e abuso sexual	-	9,9	-	-	-

* Para a pesquisa de exploração e abuso sexual só foi verificado se havia um enquadramento de política pública ou não. Na pesquisa de saúde do adolescente foi considerado um outro enquadramento chamado de intersetorial (quando dois ou mais setores apareceriam juntos), que foi responsável por 3,9% das matérias.

[#] No enquadramento temático estão aquelas matérias mais conceituais, por exemplo, as que falam dos efeitos do álcool no cérebro, sem, contudo, associar a uma pessoa ou a um tipo de ator social específico (Estado, mercado ou sociedade civil).

Tomemos o caso da exploração e do abuso sexual: 9,9% das matérias apresentam uma perspectiva de política pública. O restante, fundamentalmente, está centrado no relato dos crimes cometidos e sofridos, ou seja, nas histórias individuais. A pergunta que fica, e ela pode ser estendida às outras temáticas, é: Em que medida esse tipo de cobertura colabora efetivamente para pautar o Estado no sentido de que adote uma política efetiva de enfrentamento da questão?

Nesse sentido, questões importantes como orçamento, alterações legislativas, programas governamentais existentes e que deveriam existir, acompanhamento das metas que deveriam estar sendo cumpridas e muitas outras são deixadas de lado. Poderíamos avançar mais se contássemos com outro enquadramento?

Questões jornalísticas

Dentre as muitas questões jornalísticas analisadas pelas pesquisas, duas parecem-nos de maior relevância neste momento: a pluralidade de vozes e opiniões e a profundidade de discussão das temáticas.

Nesses dois casos também encontramos a necessidade de avançarmos mais consistentemente com vistas a melhorarmos qualitativamente a cobertura. São poucos os materiais que dão voz à população (crianças, adolescentes, familiares e pessoas em geral), interessada última nas discussões sobre saúde (cf. tabela 4). Não são poucos os textos jornalísticos que apresentam mais de uma fonte de informação, contudo, é muito pequeno o número daqueles que apresentam opiniões divergentes (tabela 5).

Tabela 4: Percentual de matérias nas quais a fonte principal é um cidadão sem vínculos institucionais

Pesquisa	%
Saúde da criança	10,4
Saúde do adolescente	15,7
Tabaco e álcool	15,8
Mídia e deficiência	20,9
Exploração e abuso sexual	6,3

Tabela 5: Percentual de matérias em que há mais de uma fonte e percentual de matérias em que há opiniões divergentes

Pesquisa	% Com mais de uma fonte	% Com opiniões divergentes
Saúde da criança	41,3	7
Saúde do adolescente	41,5	5,2
Tabaco e álcool	49,8	6,7
Mídia e deficiência	40,1	4,2
Exploração e abuso sexual	-	58,5 [#]

[#] Para a pesquisa “A mídia como consultório?”, na verdade, a pergunta era se a resposta indicava mais de um caminho a ser seguido por aquela pessoa que estava em dúvida.

Dar voz aos usuários do sistema de saúde e àqueles diretamente atingidos pelas questões que estão na pauta da imprensa é fundamental para que o agendamento do setor público também se dê segundo as perspectivas daqueles que vão estar na ponta final das políticas públicas. Em uma sociedade democrática, na qual há conflitos de interesses e diferentes visões sobre os melhores cursos de ação, é central que as matérias tragam as mais amplas reflexões possíveis, para que a agenda pública não seja monopolizada por uma ou outra discussão. Se é verdade que muitas matérias trazem mais de uma fonte de informação, é igualmente verdade, segundo os dados acima, que essas fontes são chamadas a apresentar o mesmo discurso. Segundo Porto (2003, p. 156):

A presença do contraditório na cobertura da mídia é essencial porque tem reflexos diretos na formação da opinião pública. Quando as mensagens sobre um tema se caracterizam pela ausência de diversidade de interpretações, os cidadãos têm menos recursos para pensar criticamente sobre a questão. A falta de diversidade na comunicação não contribui para estabelecer um processo democrático de deliberação política.

Por fim, quando olhamos para dados que remetem ao aprofundamento jornalístico das matérias, verificamos que há amplos espaços para a melhora

da qualidade da cobertura. A tabela 6 mostra que, em geral, as matérias são estritamente factuais – que aqui quer dizer avançar pouco na contextualização – ou, quando muito, avançam um pouco mais e trazem uma contextualização simplista, lançando mão de uma ou outra fonte e de um ou outro dado. Matérias explicativas, com mais fontes, dados estatísticos contextualizando o problema e as legislações que trazem o marco legal da questão são mais raras e fazem falta quando queremos agendar com qualidade as pautas da saúde. Tomemos o exemplo dos marcos legais, que estão intrinsicamente ligados ao entendimento da saúde como direito do cidadão. É somente apresentando a fonte desse direito (a legislação) que essa perspectiva poderá ficar mais evidente. Por outro lado, também não são comuns os textos que se arriscam a propor novas configurações para as questões que estão sendo abordadas e menos ainda aqueles que buscam avaliar (de maneira opinativa) as temáticas em pauta. Ainda que esses dois formatos não possam ser o centro da atividade jornalística, eles são relevantes para fomentar e estimular o debate.

**Tabela 6: Aprofundamento jornalístico da cobertura
(% do total de textos)**

Pesquisa	Cobertura factual	Cobertura contextual simples	Cobertura contextual explicativa	Cobertura avaliativa	Cobertura propositiva	Menciona estatísticas	Menciona legislação
Saúde da criança	57	29,2	7,3	2,5	3,2	39,4	5,1
Saúde do adolescente	47,7	37,8	8,7	2,7	5,2	34,5	3
Tabaco e álcool	-	-	-	-	-	55,2	-
Mídia e deficiência	29	54,6	6,1	2,3	8	15,3	19,1
A mídia como consultório?	-	-	-	-	-	1,9 [#]	-

Na pesquisa “A mídia como consultório?” a pergunta era se a matéria utilizava recursos, dentre os quais principalmente as pesquisas científicas e os dados, para corroborar o que estava sendo dito ao leitor.

Conclusão

A despeito do crescimento quantitativo da cobertura de saúde sobre infância e adolescência e dos prováveis impactos dessa cobertura no agendamento das ações públicas nos últimos anos, há ainda muito por se fazer no sentido de aprofundar a consistência qualitativa dessa cobertura.

A saúde ainda é preferencialmente tratada como a ausência de doenças, as políticas públicas não ocupam o lugar de destaque que poderiam ocupar e os instrumentos jornalísticos para o aprofundamento conceitual do material veiculado ainda são pouco utilizados.

Entretanto, é preciso reconhecer que um importante passo foi dado: os meios de comunicação estão discutindo mais e mais o assunto. Em 1996, todos os temas relativos à infância foram responsáveis por 10.700 matérias nos 55 jornais pesquisados pela Andi, em 2005 somente a cobertura de saúde em 54 jornais foi responsável por 13.344 matérias. O primeiro passo definitivamente foi dado. Por que parar por aí?

Referências

AGÊNCIA DE NOTÍCIAS DOS DIREITOS DA INFÂNCIA. *Saúde em pauta: doença e qualidade de vida no olhar da imprensa sobre a infância*. Coordenação Veet Vivarta. São Paulo, Cortez, 2003. Série Mídia e Mobilização Social – v. 1.

AGÊNCIA DE NOTÍCIAS DOS DIREITOS DA INFÂNCIA. *Equilíbrio distante: tabaco, álcool e adolescência no jornalismo brasileiro*. Coordenação Veet Vivarta. São Paulo, Cortez, 2003. Série Mídia e Mobilização Social – v. 3.

AGÊNCIA DE NOTÍCIAS DOS DIREITOS DA INFÂNCIA. *Que país é este? Pobreza, desigualdade e desenvolvimento humano e social no foco da imprensa brasileira*. Coordenação Veet Vivarta. São Paulo: Cortez, 2003. Série Mídia e Mobilização Social – v. 4.

AGÊNCIA DE NOTÍCIAS DOS DIREITOS DA INFÂNCIA. *O grito dos inocentes: os meios de comunicação e a violência sexual contra crianças e adolescentes*. Coordenação Veet Vivarta. São Paulo: Cortez, 2003. Série Mídia e Mobilização Social – v. 5.

AGÊNCIA DE NOTÍCIAS DOS DIREITOS DA INFÂNCIA. *Mídia e deficiência*. Coordenação Veet Vivarta. Brasília: Andi; Fundação Banco do Brasil, 2003.

AGÊNCIA DE NOTÍCIAS DOS DIREITOS DA INFÂNCIA. *Na sala de espera: a cobertura jornalística sobre promoção de saúde e direitos reprodutivos na adolescência*. Coordenação Veet Vivarta. São Paulo: Cortez, 2006. Série Mídia e Mobilização Social – v. 9.

AGÊNCIA DE NOTÍCIAS DOS DIREITOS DA INFÂNCIA, UNICEF, CENTRAL DE PROJETOS E COORDENAÇÃO NACIONAL DST E AIDS – MINISTÉRIO DA SAÚDE – *A mídia como consultório? Uma análise técnica e jornalística das perguntas e respostas sobre saúde e comportamento veiculadas pela mídia imprensa e eletrônica*. Brasília, 2002.

AGÊNCIA DE NOTÍCIAS DOS DIREITOS DA INFÂNCIA e INSTITUTO AYRTON SENNA – *Imprensa, infância e desenvolvimento humano: uma retrospectiva de sete anos de análise de mídia*. Brasília: Andi, Instituto Ayrton Senna, 2004.

GALTUNG, Johan. Violência, paz e investigação sobre a paz. In: BRAILLARD, Philippe. *Teoria das relações internacionais*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbekian, 1990. p. 331-357.

HANSEN, Anders; COTTLE, Simon; NEGRINE, Ralph; NEWBOLD, Chris. *Mass communication research methods*. New York: New York University Press, 1998.

PORTO, Mauro. A importância do contraditório no conteúdo da mídia. In: ANDI. *Que país é este?* São Paulo: Cortez, 2003. p. 155-156.

A COMUNICAÇÃO DA SAÚDE NA WEB: OS COMPROMISSOS DE UMA AUTÊNTICA AÇÃO EDUCATIVA

Wilson da Costa Bueno

A afirmação recorrente de que as novas tecnologias, particularmente o ambiente web, revolucionaram o mundo do trabalho não é, como temos percebido, exagerada. Esse novo ambiente estabeleceu, sobretudo, novas formas para acessar, armazenar, recuperar e disseminar informações. Com ela, o mundo ficou maior, mais rápido e mais próximo, obrigando-nos, como profissionais e cidadãos, a uma drástica mudança de postura.

Os aparelhos e sistemas eletrônicos (computadores, e-mails, celulares, etc.) vêm, gradativamente, invadindo as nossas atividades pessoais e profissionais, alterando as formas pelas quais as pessoas se relacionam entre si, com o governo e com as organizações.

O ensino a distância, por exemplo, viabiliza um modelo de interação singular entre professores e alunos, agora inseridos em uma sala de aula sem paredes e atemporal, onde os contatos passam a ser mediados por processos novos (e-mails, chats, fóruns) que substituem a voz do mestre e o quase obsoleto quadro negro.

A leitura de jornais, especialmente pelas novas gerações já incluídas no mundo virtual, transportou-se do papel para a tela do computador. O jornalismo on-line provocou alterações profundas no processo de recepção de notícias, mas também incorporou novos atributos ao sistema de produção jornalística (matérias curtas ou reduzidas a meras notas, etc.). O acesso instantâneo aos fatos aumentou a nossa ansiedade e tornou-nos cidadãos do mundo, descortinando-nos um universo fantástico de novidades e de aflições.

O campo da saúde não ficou à margem dessa revolução; pelo contrário, tem sido impactado drasticamente pelas novas tecnologias, como evidenciam os avanços incríveis da telemedicina, a explosão de periódicos científicos e de bases de dados on-line e mesmo a publicação na internet dos resultados de exames laboratoriais para os pacientes.

Interessa-nos, em função do escopo deste artigo, analisar especialmente a oferta de informações sobre saúde na web e avaliar o mérito de sua ação educativa.

Uma questão de conceito

A web disponibiliza, mesmo em língua portuguesa, um conjunto formidável de informações sobre saúde, mas, necessariamente, quantidade não se traduz em qualidade, particularmente numa área tão sensível. Pessoas pouco informadas ou fragilizadas (física ou psicologicamente) podem ficar expostas ao assédio de empresas ou profissionais não éticos e adotar procedimentos ou práticas que lhes são lesivos, como a automedicação.

Do ponto de vista da educação para a saúde, é fundamental que se questione, de pronto, o conceito de saúde que circula na web, na verdade também explícito em outros ambientes, como na mídia impressa ou na televisão.

De imediato, somos obrigados a reconhecer que, salvo honrosas exceções notadamente localizadas em ambientes acadêmicos ou profissionais de vanguarda, o conceito de saúde hegemônico na web está comprometido com uma visão positivista, que se caracteriza por uma série de equívocos. Ela, por exemplo, imagina ser possível reduzir todas as doenças a uma causa orgânica objetiva (a genômica comparece agora como a panacéia futura para todos os males), defende o distanciamento entre médico e paciente, advoga a tecnificação do processo de tratamento e cura (instrumentos de diagnóstico e remédios) e adere à hiperespecialização, negando, na prática, a relação das partes com o todo.

Esse conceito mascara o vínculo indissociável entre o ecossistema (social, cultural, psicológico) em que se insere o paciente e o surgimento de

determinadas patologias, buscando, com a exclusão do social e a hegemonia do olhar biológico, conferir maior cientificidade às suas teorias e práticas. Como temos repetidamente denunciado, ao agir dessa forma a Medicina tradicional contribui para a sua própria fragilidade:

Esta obsessão cientificista dificulta o diálogo da ciência e dos profissionais de saúde com outros saberes e tem se constituído, dialeticamente, na razão de sua crescente fragilidade. Ao se arvorarem arrogantemente como especialistas, responsáveis únicos pela cura dos pacientes, os profissionais da saúde se tornam reféns do seu propalado dom de cura, promessa quase sempre não cumprida em virtude da complexidade da interação entre o ser humano e o ambiente. A adoção desta perspectiva contribuiu, enormemente, para que o sistema de diagnóstico e tratamento fosse deslocado para o campo técnico e, conseqüentemente, abriu o flanco para a privatização da medicina, modificando o seu “ethos” original. Os grupos privados (laboratórios, planos de saúde, hospitais etc) se apropriaram da relação médico x paciente, sobrepondo os interesses do capital aos dos cidadãos.¹

A consolidação dessa visão mecanicista, associada à concepção do corpo como máquina, faz com que o ser humano se sinta “cada vez mais ignorante e impotente em relação a seu próprio corpo [...] e induz o indivíduo à automedicação, ou, mais genericamente, à apropriação indébita de instrumentos e processos técnicos, dos quais faz uso leigo, numa tentativa desesperada e irracional de recuperar o controle e a gerência do funcionamento cotidiano de seu corpo” (LEFÉVRE, 1999, p.77).

O conceito que se deve postular é o de promoção da saúde que, fundamentalmente, resgata as interações entre saúde, cultura, economia, meio ambiente e sociedade e que não dá margem às investidas, seja do chamado capitalismo médico, seja do charlatanismo de profissionais e entidades que apenas vislumbram a saúde (ou a doença) como mercadoria.

¹ BUENO, Wilson da Costa. Comunicação e promoção da saúde no Brasil. Comunicação apresentada no ComSaúde2006, promovido pela Cátedra Unesco/Umesp de Comunicação para o Desenvolvimento Regional, realizado em São Bernardo do Campo, São Paulo, em outubro de 2006.

A Promoção da Saúde representa uma nova perspectiva para contemplar a questão da saúde pública e, de imediato, renega a concepção de doença como fatalidade natural que deve ser enfrentada, prioritariamente, a partir de soluções técnico-científicas. Para os que defendem este novo olhar, é fundamental não perceber a saúde como ausência de doença, mas como resultado de um conjunto de fatores ou recursos que inclui a educação, as condições de moradia e de alimentação, a renda, o meio ambiente, a justiça social e inclusive a paz.²

Se esse conceito fosse assumido pelos sites, blogs ou mesmo pelas editorias ou páginas de saúde dos veículos on-line, a ação educativa incorporaria, fatalmente, uma perspectiva crítica, permitindo aos internautas enxergarem além da notícia. Com isso, não faria sentido a tese hegemônica de que é possível, ignoradas as condições particulares de cada população e mesmo de cada indivíduo, propor soluções globais, geralmente associadas à ingestão de medicamentos.

Infelizmente, o conceito vigente na web, que repete o disseminado em outras instâncias da sociedade e em outros ambientes comunicacionais, contempla a saúde apenas como ausência de doença e prescreve alternativas químicas para restaurá-la. Certamente, isso ocorre pela convergência de grandes interesses privados (laboratórios, hospitais, clínicas médicas, fabricantes de equipamentos, etc.) que exercem um *lobby* poderoso para fazer prevalecer um conceito que os favorece.

Uma questão de interesses

A estratégia utilizada pela indústria da saúde, que pauta a maioria das informações existentes na web, mesmo, em alguns casos, veiculadas em periódicos científicos de prestígio, é preencher todos os espaços para a divulgação de seus produtos e serviços, ao mesmo tempo em que se mobiliza para neutralizar as críticas e notícias desfavoráveis.

² BUENO, Wilson da Costa. Comunicação e promoção da saúde no Brasil.

A relação, muitas vezes promíscua entre os laboratórios, entidades da área ou mesmo profissionais da saúde, legitima essa ação deletéria e amplifica essa influência, exigindo de educadores, profissionais de comunicação e da saúde, ou de segmentos da sociedade civil organizada (promotorias públicas, órgãos oficiais ou não governamentais de defesa do consumidor), empenho e coragem para a manutenção de canais de relacionamento e informação independentes.

Essa atitude comercial agressiva é subsidiada por competentes agências de comunicação/relações públicas que se colocam a serviço da indústria e que buscam, a todo momento, pautar os espaços noticiosos ou educativos na web pela multiplicação de *releases* eletrônicos, muitas vezes “decorados” por termos técnico-científicos, com a nítida e condenável intenção de mascarar as estratégias ardilosas do *marketing* farmacêutico.

É preciso incorporar a esse cenário desfavorável outros atores que também dizem respeito à saúde, como a indústria de alimentos e de bebidas que, gradativamente, agrega à sua divulgação o conceito de produto saudável e que, validada pela estratégia moderna do chamado “buzzmarketing” e pela oferta de sites interativos, tem buscado atingir sobretudo os jovens e as crianças.

Susan Linn (2006), professora de Psiquiatria na Escola Médica de Harvard e coordenadora de campanhas bem sucedidas contra a exploração comercial infantil, tem denunciado, em particular, a “operação casada” entre emissoras de televisão e sites das indústrias, no sentido de reforçar nas crianças o consumo de produtos não saudáveis. Os sites das empresas, concebidos com um visual atraente e uma linguagem adequada ao universo das crianças e jovens, além de criar um ambiente sedutor para o incremento do consumo, remetem-nas para os programas de televisão por elas patrocinados ou onde seus produtos são exibidos, sob a chancela de simpáticas apresentadoras.

A estratégia abrange ainda espaços no orkut, ou ambientes equivalentes, para incentivar o consumo de produtos, bem como *banners* ou outros

recursos publicitários em sites com audiência prioritária de jovens e crianças. Direta ou indiretamente, estabelece-se um bombardeio informativo, que agora também inclui os games (muitos disponíveis para *download* na internet), configurando-se um cerco formidável às mentes dos novos consumidores.

Esse assédio comercial agressivo, somado à magia da web, tem contribuído bastante para o surgimento de uma nova patologia: a dependência da internet, uma doença já reconhecida pela Associação Psiquiátrica Norte-americana.³ Isso significa que, daqui a diante, além das doenças por esforço repetitivo (LER), teremos que estar preocupados com o caráter anestésico da web e os efeitos colaterais de seu uso excessivo para a saúde dos cidadãos.

As autoridades da área de saúde têm demonstrado também preocupação com o aumento crescente de sites e mensagens eletrônicas que estimulam a automedicação, em sua maioria voltados para a venda de antidepressivos ou psicotrópicos em geral, anabolizantes e comprimidos para impotência masculina, com grande influência junto aos jovens. Algumas farmácias passaram também a vender seus medicamentos on-line, aumentando a facilidade para a aquisição de medicamentos, muitos deles comercializados sem prescrição médica.

Da mesma forma, entidades da área têm alertado para os riscos da consulta virtual, particularmente quando envolve profissionais não autorizados ou mesmo charlatões, que se aproveitam da boa fé das pessoas para explorá-las.

³ Diane Wieland, diretora do Programa de Enfermagem da Universidade La Salle, nos EUA, constatou em pesquisa que a internet tem efetivamente “propriedades que, para alguns indivíduos, promovem comportamentos viciosos e relacionamentos interpessoais de falsa intimidade”. Segundo ela, dentre os usuários da Web (hoje cerca de um bilhão em todo o mundo), entre 5% e 10%, ou seja, no mínimo 50 milhões, estariam enquadrados nesse caso. “Os indivíduos afetados”, explica ela, “demonstram incapacidade de controlar o uso [da internet] e podem apresentar fatores como depressão, alcoolismo ou transtorno obsessivo-compulsivo.” No Brasil, a identificação de redes de pedofilia, de pirataria ou de *hackers* evidencia a presença expressiva de jovens, certamente encorajados pela aparente segurança que a internet promete oferecer para seu comportamento inadequado. Ver “Dependência digital”, notícia publicada em boletim da Agência Fapesp, de 16 de maio de 2006, acessado pelo autor nesse mesmo dia (<http://www.agencia.fapesp.br/boletim>) ou consultar o texto original “Computer addiction: implications for nursing Psychotherapy Practice”, de Diane M. Wieland, publicado em *Perspectives on Psychiatric Care* (<http://www.blackwell-synergy.com>), acessado em 01/11/2006.

O Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp), tendo em vista a multiplicação de sites sobre saúde, editou um manual de princípios éticos visando a disciplinar o comportamento dos profissionais na web. Dentre outras providências, exige a identificação dos médicos que atuam na internet, com o seu nome e registro no Conselho Federal de Medicina. Além disso, chama a atenção para a qualidade das informações e das fontes utilizadas nesse processo de divulgação, definindo que “alguém ou alguma instituição tem que se responsabilizar, legal e eticamente, pelas informações, produtos e serviços de medicina e saúde divulgadas na internet”.⁴

Da mesma forma, busca disciplinar a oferta de informações ou serviços médicos pela web, atendendo a um número explosivo de reclamações, oriundas de pacientes lesados. Em geral, desautoriza o uso da internet para consultas médicas e outros procedimentos, como o diagnóstico clínico e a prescrição de medicamentos. O Cremesp orienta:

A informação médica via internet pode complementar, mas nunca substituir a relação pessoal entre o paciente e o médico. A internet pode ser uma ferramenta útil, veiculando informações e orientações de saúde genéricas, de caráter educativo, abordando a prevenção de doenças, promoção de hábitos saudáveis, bem-estar, cuidados pessoais, nutrição, higiene, qualidade de vida, serviços, utilidade pública e solução de problemas de saúde coletiva.

Pelas suas limitações, não deve ser instrumento para consultas médicas, diagnóstico clínico, prescrição de medicamentos ou tratamento de doenças e problemas de saúde. A consulta pressupõe diálogo, avaliação do estado físico e mental paciente, sendo necessário aconselhamento pessoal antes e depois qualquer exame ou procedimento médico.⁵

Fica claro, portanto, que, em virtude de desvios freqüentes e da ação de organizações e profissionais não comprometidos com o interesse público, é

⁴ Ver *Manual: princípios éticos para sites de Medicina e saúde na internet*, existente para consulta no site do Cremesp (<http://www.cremesp.com.br/?siteAcao=PublicacoesConteudoSumario&id=26>). Acessado em 02/11/2006.

⁵ Ver parecer do Cremesp a respeito no site do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=PublicacoesConteudoSumario&id=27>.

fundamental uma vigília constante no acesso e utilização das informações que circulam na web e que dizem respeito à educação para a saúde. A atenção redobrada e o conhecimento das fontes qualificadas podem permitir aos internautas, como pacientes ou cidadãos em geral, dispor de material indispensável para a sua formação/informação.

Uma questão de compromisso

Felizmente, apesar de constituir um ambiente democraticamente caótico, a web também disponibiliza informações qualificadas, que contribuem sobremaneira para aumentar o nível de informação/conhecimento na área da saúde.

O problema reside, quase sempre, em saber quais são as fontes realmente confiáveis, visto que, não raro, a proximidade perigosa entre a indústria da saúde e entidades (cuja cumplicidade, muitas vezes, está explícita na assinatura de campanhas publicitárias de grandes laboratórios farmacêuticos) compromete a isenção das informações por elas disseminadas. O mesmo aplica-se a uma parcela significativa de profissionais de saúde que têm estabelecido uma relação não ética com a indústria farmacêutica, dela recebendo benesses e favores em troca da adesão a seus produtos.

Para contornar em grande parte esses comprometimentos, que repercutem na isenção das informações sobre saúde, recomenda-se utilizar, sobretudo, sites de instituições de prestígio, especialmente universidades, sociedades científicas ou de pesquisa, organismos nacionais ou internacionais de regulação ou responsáveis por políticas públicas, bem como entidades de defesa do consumidor e organizações não governamentais com atuação destacada nesse campo. A consulta a agências de notícias especializadas ou a periódicos científicos reconhecidamente independentes também garante a boa qualidade da informação. Eles, diferentemente das empresas que integram a indústria da saúde e seus parceiros, incorporam uma visão crítica e evidenciam também uma competência em comunicação, adequando canais, conteúdos e linguagens ao perfil do internauta.

Pode-se citar, por exemplo, a Fiocruz, a Unifesp, a Anvisa, a Unicamp, o Hospital das Clínicas de São Paulo, as várias faculdades de saúde pública do país (São Paulo/USP, Minas Gerais/UFMG, etc.), a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Organização Panamericana de Saúde, o Ministério da Saúde, e os sites das associações médicas por especialidade.

Merecem menção também algumas agências de notícias especializadas em saúde, como a Notisa – Notícias de Saúde –, a Infomed e a Agência de Notícias da Aids, bem como alguns materiais e sites com informações para o público leigo, como o Manual Merck⁶ e o ABC da Saúde.⁷ As agências de notícias da Fiocruz e da Fapesp, embora não voltadas exclusivamente para a saúde, dedicam a ela espaço importante e merecem figurar entre as fontes jornalísticas mais expressivas. Não podem ser esquecidos a Rede ComSaúde, vinculada à Cátedra Unesco/Umesp de Comunicação para o Desenvolvimento Regional, o site ComunicaSaúde, com uma visão crítica e independente sobre a indústria da saúde, tabagista, de bebidas e de alimentos, e a Oboré, com um trabalho competente e comprometido com a comunicação e educação para a saúde, que já conta com a parceria de mais de 500 emissoras de rádio brasileiras.

Algumas entidades e bases de dados ou materiais, que armazenam e disseminam volume imenso de informações, dados e materiais efetivamente relevantes e confiáveis, podem ser acessadas com bastante proveito por educadores, profissionais de saúde e comunicação. São elas a Bibliomed – Biblioteca Médica Virtual –, o Prossiga, que reúne algumas bibliotecas virtuais na área, como as de saúde mental e saúde reprodutiva, a Bireme/ Biblioteca Virtual em Saúde e o Scielo (Scientific Electronic Library on-line).

Inúmeras ONGs merecem ser também incluídas como fontes importantes no debate de questões vinculadas à saúde, podendo ser citados os

⁶ O Manual Merck constitui-se numa referência na área médica e pode ser consultado via web no site da empresa. Ver em http://www.msd-brazil.com/msdbrazil/patients/manual_Merck/sumario.html.

⁷ Portal direcionado aos não especialistas, com um farto material dividido por especialidade, e que reúne centenas de artigos escritos por profissionais especializados. Ver o material disponível no endereço seguinte: <http://www.abcdasaude.com.br/index.php>.

Médicos sem Fronteiras, as Amigas do Parto, a Ecos – Comunicação em Sexualidade –, o Centro Nordestino de Medicina Popular, o Cemina – Comunicação, Educação e Informação em Gênero –, o Gapa-SP e dezenas de outras.

Uma fonte absolutamente indispensável é o Idec – Instituto de Defesa do Consumidor –, uma das mais importantes organizações brasileiras pela sua posição de independência e seu olhar vigilante e crítico sobre a atuação dos interesses privados na saúde.

Os sites dos conselhos regionais de Medicina e de outras áreas da saúde, bem como dos sindicatos profissionais que agregam as diversas categorias (médicos, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos, fonoaudiólogos, etc.) devem estar em destaque nos nosso conjunto de favoritos.

É fundamental que a ação educativa para a saúde no ambiente web admita a pluralidade de vozes, reconheça a importância do debate e da divergência e que não se limite às fontes oficiais porque, embora importantes, elas podem estar submetidas a compromissos políticos e programáticos de partidos e governos, muitas vezes em dissonância ou conflito com o interesse público.

O vínculo indissolúvel entre qualidade de vida, saúde e cidadania exige de todos um compromisso com a informação qualificada, com a livre expressão, com a ética e a transparência. Sem esses princípios, não será possível estabelecer uma ação educativa comprometida com a saúde no ambiente web.

Referências

- ADAM, Philippe; HERZLICH, Claudine. *Sociologia da doença e da Medicina*. Bauru: Edusc, 2001.
- ARAÚJO, Alceu Maynard. *Medicina rústica*. São Paulo: Martins Fontes, 2004.
- AROUCA, Sérgio. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva*. São Paulo: Editora Unesp; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.
- BELTRÁN, Luís Ramiro. Promoción de la salud: uma estratégia revolucionaria cifrada em la comunicación. In: *Comunicação & Sociedade*. São Bernardo do Campo: Umesp, v. 22, n. 35, p.139-158, 2001.

- BUENO, Wilson da Costa. A “empurroterapia” na imprensa: esta doença tem cura. In: MARQUES DE MELO e outros. Anais da VI Conferência Brasileira de Comunicação e Saúde: Mídia, Mediação, Medicalização (2004:Salvador/BA). Brasília: Anvisa, 2005.
- BUENO, Wilson da Costa. A cobertura da saúde na mídia brasileira: os sintomas de uma doença anunciada. In: MARQUES DE MELO, José e outros. *Mídia e saúde*. Adamantina: Unesco/Umesp/FAI, 2001.
- CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de (Org.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.
- FREYRE, Gilberto. *Sociologia da Medicina*. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2004.
- HELMAN, Cecil G. *Cultura, saúde & doença*. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.
- LEFÈVRE, Fernando; LEFEVRE, Ana Maria Cavalcanti. *Promoção de saúde: a negação da negação*. Rio de Janeiro: Vieira & Lente, 2004.
- LEFÈVRE, Fernando. *Mitologia sanitária: saúde, doença, mídia e linguagem*. São Paulo: Edusp, 1999.
- LEFÈVRE, Fernando. *O medicamento como mercadoria simbólica*. São Paulo: Cortez Editora, 1991.
- LINN, Susan. *Crianças do consumo: a infância roubada*. São Paulo: Instituto Alana, 2006.
- LOPES, Boanerges; NASCIMENTO, Josias. *Saúde & imprensa: o público que se dane!* Rio de Janeiro: Mauad, 1996.
- LUIZ, Olinda do Carmo. *Ciência e risco à saúde nos jornais diários*. São Paulo: Annablume, 2006.
- LUZ, Madel T. Novos saberes e práticas em saúde coletiva. Estudo sobre racionalidades médicas e atividades corporais. São Paulo: Hucitec, 2003.
- MARQUES DE MELO, José e outros. *Mídia e saúde*. Adamantina: Unesco/Umesp/FAI, 2001.
- MARTINS, Paulo Henrique. *Contra a desumanização da Medicina. Crítica sociológica das práticas médicas modernas*. Petrópolis: Vozes, 2003.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza; COIMBRA Jr., Carlos E. A. (Orgs.). *Críticas atuantes: Ciências Sociais e Humanas em saúde na América Latina*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.
- NASCIMENTO, Álvaro. “Ao persistirem os sintomas, o médico deverá ser consultado”: isto é regulação? São Paulo: Sobravime, 2005.
- PITTA, Áurea da Rocha (Org.). *Saúde & comunicação: visibilidades e silêncios*. São Paulo: Hucitec, 1995.
- ROMERO, Mariza. *Medicalização da saúde e exclusão social*. Bauru: Edusc, 2002.

SCLIAR, Moacyr. *Do mágico ao social: trajetória da saúde pública*. São Paulo: Editora Senac, 2002.

VILELA, Elaine Morelato; MENDES, Iranilde José Messias. *Entre Newton e Einstein: desmedicalizando o conceito de saúde*. Ribeirão Preto: Holos Editora, 2001.

DESAFIOS E CONTRADIÇÕES COMUNICACIONAIS NOS CONSELHOS DE SAÚDE

Valdir de Castro Oliveira

Não obstante terem sido criados em um contexto em que todo avanço da participação popular seria um ganho para a sociedade civil, hoje a prática dos conselhos de saúde, em nível municipal, merece uma avaliação mais crítica e capaz de apontar os desafios e as contradições em relação ao controle público¹ e a participação popular no SUS, tendo como enfoque a questão da comunicação social.

Acreditamos que inúmeros obstáculos têm dificultado o cumprimento das funções dos conselhos, transformando-os, em muitos casos, em meras instâncias homologatórias das decisões dos gestores e reiterando a verticalidade do poder na área de saúde em contradição com os princípios democráticos que nortearam a sua criação. Gilson Carvalho, por exemplo, observa que a prática dos conselhos de saúde tem sido usada “apenas como pró-forma e como vitrine de decisões democráticas. Uma ilusão de transparência, participação e democracia!” (CARVALHO, s/d).

¹ Preferimos usar aqui a expressão “controle público” a usar a expressão “controle social”, pois esta última é tributária de conceitos originários da Psicologia e da Sociologia voltados para explicar o controle da sociedade sobre os indivíduos. Segundo Antônio Ivo de Carvalho, controle social é um termo que serve para designar os processos de influência do coletivo sobre o individual, mas que na idéia da reforma sanitária foi alterado, visando a significar o processo e os mecanismos de influência da sociedade sobre o Estado, com base no pressuposto de que a sociedade representava o interesse geral e o Estado, os interesses particulares, de acordo com o contexto político em que foi formulado, isto é, nas décadas de 70 e 80 (CARVALHO, 1997). Ademais, consideramos que a expressão controle público também expressa melhor a idéia de *accountability* na área de saúde e presente nos conselhos, conforme discutiremos ao longo deste trabalho.

A partir dessa constatação Carvalho faz três perguntas:

[a] até que ponto as pautas, as resoluções, os encaminhamentos dentro dos conselhos estão cuidando das coisas essenciais ou são simulacros a cuidar da periferia das coisas, das migalhas concedidas pelos dirigentes; [b] Quais os conselhos que realmente trabalham em cima das suas duas únicas missões constitucionais: cuidar do plano (o que deve ser feito) e do acompanhamento e fiscalização, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros (se foi feito e o que devia ser feito)? e [c] Até que ponto, o não mexer no essencial, é muito bom para os governantes? A aparência é de democracia, participação. A prática pode ser de simulacro disto mesmo.²

Mas essas indagações feitas por Gilson Carvalho não são isoladas. É crescente o número de estudiosos ou de pessoas engajadas com a idéia do controle público ou social que acreditam nos princípios que nortearam a criação dos conselhos, que avaliam criticamente o seu funcionamento, como Antônio Ivo de Carvalho, segundo o qual:

A efetiva descentralização da gestão e a ampla disseminação dos conselhos de saúde por todo o país são lembrados positivamente em todos os inventários sobre realizações do SUS, como inovações que “pegaram”. Entretanto, não é claro seu papel nos futuros desdobramentos do SUS e da Reforma Sanitária oscilando entre dois extremos em que, por um lado, são tratados como heróicos guardiães do SUS e, de outro lado, como construções fúteis de escassa potência política. (CARVALHO, 1997, p. 94)

Segundo ainda Ivo de Carvalho, os conselhos hoje vivem sua trajetória prática em meio a um conjunto de dilemas e ambigüidades, decorrentes dos marcos conceituais e contingências políticas de onde se originaram. Pertencem ao governo ou a sociedade? Devem governar ou fiscalizar? Devem ampliar suas responsabilidades executivas ou aprimorar seus mecanismos de acompanhamento?

² As citações de Gilson Carvalho foram baseados no texto “Conselho de saúde, hoje e sempre, sem complicação” (s/d), que encontramos na internet, embora não tenhamos logrado obter a data e a fonte de sua publicação. Apesar disso, optamos por citá-lo pela relevância que julgamos ter para uma discussão crítica sobre os conselhos de saúde.

Embora subestimados ou superestimados por uns e outros, todos aceitam que o papel dos conselhos é o de funcionar (bem ou mal) como arenas decisórias capazes de sustentar a idéia de que é possível a intervenção da sociedade nas políticas públicas da saúde. A sociedade organizada e representada nos conselhos teria como finalidade direcionar, corrigir ou reformular tais políticas a favor dos interesses populares e/ou públicos.

Entretanto, não é difícil constatar que, na prática cotidiana dos conselhos, encontraremos inúmeras variáveis que impedem ou dificultam o exercício dos princípios constitucionais a eles designados.³

Sintetizamos aqui, em duas hipóteses, algumas dessas variáveis que inibem, dificultam ou atrofiam as ações dos conselhos:

- (a) as profundas desigualdades materiais e simbólicas da sociedade reproduzem-se no interior dos conselhos, reiterando a verticalidade do poder e dificultando a comunicação entre os seus membros e, por conseqüência, a prática do controle público;
- (b) sem um melhor entendimento sobre as questões inerentes à hipótese (a) e sem entender claramente o impacto que elas têm na dimensão cognitiva e comunicacional no cotidiano dos conselhos e respectivos conselheiros, dificilmente conseguiremos entender as razões que travam o funcionamento dos conselhos.

São essas duas hipóteses que discutiremos ao longo deste trabalho.⁴

³ As principais funções do conselho são: a) atuar de forma independente, embora integrada, da instância executiva (secretarias municipais, estaduais ou Ministério da Saúde); b) exercer as funções de fiscalizar o funcionamento e a aplicação dos recursos financeiros do sistema de saúde (função fiscalizatória); c) definir as políticas e as prioridades de saúde; d) avaliar e deliberar sobre plano de saúde e convênios (função deliberativa); e) avaliar ou opinar sobre outras questões da saúde (função consultiva).

⁴ Interessa-nos, no escopo deste trabalho, analisar tão somente a prática dos conselhos municipais de saúde, descartando os conselhos estaduais e o Conselho Nacional de Saúde, por não termos dados suficientes sobre o que neles ocorre e pelas particularidades que os diferenciam dos primeiros. Dentro dos conselhos municipais, tecemos algumas considerações, levando-se em conta tanto a nossa experiência como conselheiro quanto as pesquisas e observações de campo realizadas em dezenas de conselhos municipais de saúde no Estado de Minas Gerais.

Alguns princípios teóricos do controle público

Retomando a gênese dos conselhos, lembramos que a idéia de controle público neles embutida foi cantada em prosa e verso na década de 90, quando emergiam em todo o Brasil os primeiros conselhos de saúde. De maneira ufanista, atribuiu-se a eles e a suas respectivas representações o poder de regenerar o sistema de saúde, democratizá-lo, torná-lo transparente aos olhos do cidadão e, principalmente, ser capaz de interferir positivamente nas políticas públicas de saúde e ser uma forma de controle da sociedade sobre o Estado através da participação popular.

Esse tom ufanista não era gratuito. Deixando para trás o regime militar, o início da década de 90 era um reflexo claro dos ideais democráticos contidos na Constituição Federal e um espaço de efervescência dos movimentos sociais que surgiam por todos os lados, reivindicando direitos ou tentando influir no cenário político e social. Nesse aspecto a criação dos conselhos significou um esforço e um avanço extraordinários em relação à participação popular e ao controle público no Brasil, pois faziam (e fazem) partes da idéia de inverter o paradigma de subordinação da sociedade ao Estado para o Estado subordinado à sociedade, submetendo-o aos seus ditames no campo político da saúde. Essa inversão vai ser reiterada nos documentos legais constitutivos dos conselhos de saúde e em todos os relatórios das conferências nacional, estaduais e municipais de saúde realizadas desde então. Era o controle público na saúde, com participação popular, que surgia no cenário de democratização do país.

O controle público através dos conselhos de saúde pode ser localizado a partir do fenômeno político denominado *accountability*⁵, que pode ser

⁵ Segundo Eduardo Monteiro Martins, do ponto de vista do Estado, o “Accountability corresponde à capacidade do Estado de preencher a lacuna entre suas ações e as expectativas de eficiência por parte dos cidadãos que demandam essa responsabilidade dos agentes e organizações não governamentais” (MONTEIRO, E. M. Rádios comunitárias e accountability societal. Trabalho apresentado no Mestrado de Sociologia da UFMG na disciplina de “Sociedade Civil e Accountability”, ministrada pelo Prof. Enrique Peruzzotti. Outubro de 2000. Texto fotocopiado). No entanto, assinala que essa relação entre governante e governado,

explicado como parte constitutiva do espaço político em que um ou vários atores sociais podem cobrar publicamente de outros (instituições, organizações empresariais, autoridades ou lideranças políticas) comportamentos geradores de transparência e de adequação de seus atos às expectativas de interesse individual, público e/ou coletivo, de acordo com as normas e funções previstas ou publicamente reconhecidas onde atuam.

Significa que autoridades e instituições públicas podem ser publicamente interpeladas, questionadas, cobradas, estando, portanto, obrigadas a prestar contas de seus atos diante dos outros atores sociais. É o chamado *societal accountability*.

No entanto, se o *accountability*, como um princípio político-administrativo, integra fortemente a cultura política da democracia de alguns países desenvolvidos, no Brasil ele ainda é uma novidade, na relação entre governo, instituições e sociedade. Sendo o contexto desfavorável, os atos de cobrança sobre a responsabilidade das instituições e autoridades públicas passam a ser dificultados. A mudança desse comportamento depende muito, como enfatiza Anna Maria Campos, da qualidade das “relações entre governo e cidadão, entre burocracia e clientela”. Acrescenta ainda que o “comportamento (responsável ou não) dos servidores públicos é consequência das atitudes e comportamentos das próprias clientelas. Somente a partir das organizações de cidadãos vigilantes e conscientes de seus direitos haverá condição para *accountability*” (*apud* HALLIDAY, 1994, p. 103).

Mas quem promove o *accountability*? Sendo um processo de controle público sobre os governos (embora as instituições da sociedade civil sejam também cada vez mais instadas a ele se submeterem), quem o promove

ou entre o Estado e a sociedade civil, não pode ficar no mesmo nível dos *accounts* que ocorrem nos processos interacionais da vida cotidiana em que as respostas às indagações e dúvidas (desculpas e justificações) dos cidadãos seriam reduzidas a um jogo formal de pergunta e resposta (*feedback*). Ao contrário disso, o *accountability* deve ser entendido como um processo em que o cidadão, um conjunto de cidadãos ou uma organização social podem e devem cobrar responsabilidades das autoridades e instituições públicas e, simultaneamente, interferir na condução e definição das políticas públicas, enfatizando assim a dimensão participativa do SUS.

são diferentes constelações de atores sociais, que vão desde o indivíduo isolado até os cidadãos organizados (movimentos sociais, diferentes associações de cidadãos, associações comunitárias, sindicatos, consumidores, a opinião pública, etc.), e algumas instituições voltadas especialmente para esse mister, como o Ministério Público, a mídia, as ouvidorias de algumas organizações empresariais e instituições públicas, a figura do *ombudsman*, constituindo o chamado *accountability agencies*, entre dezenas de outros exemplos que aqui poderiam ser invocados.

Assim, podemos entender a expressão *accountability* como sendo um processo que invoca a responsabilidade objetiva e subjetiva das instituições e dos responsáveis por seu funcionamento através da organização da sociedade e da constituição de espaços públicos democráticos. Com isso torna-se possível que determinados atores ou instituições respondam e dêem transparência a seus atos ou sobre a qualidade de seus produtos e serviços. A interação democrática entre uns e outros é o que permitirá o estabelecimento de controvérsias coletivas que tenham relevância pública.

Se os conselhos de saúde devem discutir, decidir e indicar o que é ou não de interesse público, eles podem muito bem, como acentua Ivo de Carvalho, cumprir a função de indutores de responsabilidade governamental, fazendo com que os governos estejam “à altura da confiança e das expectativas dos cidadãos” tendo em vista a agenda setorial que desenvolvem e a partir do choque e convergências dos grupos de interesse, produzindo um campo de definições do interesse público (CARVALHO, 1997, p. 106).

O jogo do poder nos conselhos

Mas para a concretização dos ideais do controle público no âmbito dos conselhos de saúde, eles dependem da maneira como ali funcionam os núcleos de poder e de que maneira ocorrem as interações entre os representantes do governo, dos trabalhadores e dos usuários, o que envolve a idéia de poder e comunicação.

Por exemplo, muitos representantes do governo ou do sistema privado apenas toleram os conselhos porque estes estão previstos institucionalmente. Na prática são refratários a essa forma de controle e, em conseqüência, agem buscando reduzir o seu papel fiscalizador ou deliberativo a meros rituais de legitimação de políticas e decisões supostamente democráticas.

Já outros argumentam que os conselhos são instâncias inócuas para melhorar politicamente o funcionamento do sistema de saúde porque costumam ser transformados em instâncias de conflitos, de impasses político-partidários ou servindo como trampolim político para muitos de seus membros, deixando em plano secundário as reais necessidades de discussão e decisão sobre as questões de saúde.

Em conseqüência, avaliam que os conselhos deveriam ser apenas instâncias homologatórias das decisões do gestor (a instância entendida como sendo tecnicamente preparada para promover o bem comum) ou, no máximo, como instância corretiva das ações por ele desencadeadas (*feedback*), atendendo assim muito mais à formalidade legal do sistema do que propondo formas de alteração nas relações de poder entre governo e sociedade.

De outro lado, como uma instância de poder, os conselhos tornam-se, freqüentemente, alvos de disputas político-partidárias e, ocupados por militantes partidários, os conselhos transformam-se em uma arena de embate entre diferentes forças que nem sempre conseguem separar claramente o interesse partidário do interesse público da saúde. Ademais, os militantes partidários, por serem mais bem preparados, discursivamente, dominam o ambiente e fazem calar vozes dos não militantes ou dos representantes populares não tão bem preparados discursivamente, principalmente nas cidades do interior, onde se situa a maioria dos conselhos: “Viramos o salame do sanduíche”, expressão de um conselheiro-usuário, não militante partidário, para se referir à feroz disputa dos partidos travada no conselho a que pertence.

Se o partido é de oposição, a guerra contra o gestor torna-se insuportável e, se é de situação, nada é criticamente discutido. É uma verdadeira guerra de posições, bem ao estilo gramsciano, com graves conseqüências para a

idéia de controle público. A experiência mostra-nos que, quanto mais um conselho é partidarizado, menos ele atua na dimensão do controle público.⁶

Um outro problema que surge é quando o conselheiro, principalmente representante dos usuários, é cooptado pelo gestor em troca de pequenos favores, fichas médicas, exames para amigos, vizinhos ou parentes, fazendo alterar suas votações e posições dentro do conselho, quando não empregos na administração pública.

Já os trabalhadores que se insurgem contra o gestor sentem o peso do poder através de retaliações diretas ou indiretas (não promoção, suspensão, transferência de setor) ou, ao contrário, quando se alinham ao gestor, são recompensados. Em um caso ou outro fica evidente a atrofia comunicacional provocada no conselho.

Também não é incomum cidadãos buscarem ser eleitos conselheiros com o claro objetivo de usar o conselho como trampolim para disputar cargos eletivos, deixando os interesses da saúde em segundo plano.

Acompanhando esses problemas, constata-se também o baixo número de renovação de conselheiros. Passa-se de uma legislatura para outra com poucas renovações, sendo que alguns conselheiros se perpetuam no cargo, impedindo o surgimento de novas lideranças. Se, por um lado, isso pode ser positivo, pois são conselheiros com maior experiência, por outro lado, isso é negativo por dificultar a renovação e manter inalteradas as práticas discursivas do conselho. Se o conselho vai bem, tudo continua como está, mas se vai mal, dificilmente o conselheiro reeleito aceita mudanças nas regras do jogo às quais está acostumado.⁷

⁶ Julgamos que a participação de militantes partidários não deve ser considerada como algo negativo, pelo contrário. Eles muito podem ajudar qualquer conselho e contribuir para melhorar a participação dos outros representantes. No entanto, a crítica refere-se a eles quando atuam em bloco com base no interesse político-partidário e desconsideram que se transformam em mais uma fonte vertical de poder nos conselhos, com objetivos outros que não o interesse público na saúde.

⁷ A pouca renovação dos conselheiros também revela um aspecto dramático da participação popular, pois o número de pessoas dispostas a prestar um serviço voluntário de relevância pública não remunerado é muito pequeno, como mostra magistralmente Pedro Demo as dificuldades em relação à cultura do trabalho voluntário e do associativismo no Brasil em seu livro *Democracia pequena* (ver referências).

Mas a dificuldade mais grave que encontramos para o funcionamento dos conselhos está relacionada com a assimetria das lógicas simbólicas presentes nos fluxos comunicacionais e informacionais, o que nos faz retornar aqui a hipótese (a) (“As profundas desigualdades materiais e simbólicas da sociedade se reproduzem no interior dos conselhos, reiterando a verticalidade do poder e dificultando a comunicação entre os seus membros e, por conseqüência, a prática do controle público”).

Com isso estamos querendo dizer que as assimetrias sociais e simbólicas da sociedade têm forte impacto nos processos comunicacionais dos conselhos, tendo em vista a origem social dos conselheiros, os diferentes interesses dos quais são portadores e a maneira como eles entendem as questões da saúde e do controle público. Se levarmos em conta o princípio de que nenhuma prática social ou política pode ser exercida sem os respectivos processos comunicacionais e disponibilidade de informações, nem sempre a ausência ou disponibilidade de uma e outra coisa significam a existência de uma comunicação capaz de nortear debates ou aglutinar as pessoas em torno de consensos, visando ao interesse coletivo na saúde. Para que isso ocorra é necessário um mínimo de igualdade cognitiva e política entre os seus membros para quebrar a assimetria dos fluxos simbólicos norteadores da ação.

Sendo as relações simbólicas e sociais assimétricas, a compreensão, o peso e o entendimento das questões colocadas em questão nos conselhos são diferentemente interpretadas por cada segmento ou conselheiro. A participação de cada um é proporcional a apenas aquilo que se coloca dentro do seu horizonte social de entendimento, ou seja, dos marcos cognitivos que delimitam e facilitam o nosso entendimento do mundo e das coisas e que nos permitem interpretar e codificar as mensagens sociais em termos individuais ou coletivos.

Por exemplo, a própria idéia de controle público (ou controle social, como se referem os conselheiros e muitos documentos do SUS) faz parte de uma lógica conceitual abstrata (no bom sentido), que é interpretada diferentemente por cada segmento ou indivíduo dentro dos conselhos, demandando

deles uma familiaridade com a idéia de ética e de política pública. Aqueles que detêm maior competência cognitiva e simbólica entendem com mais clareza esse conceito, mas outros nem sempre, pelo fato de que é um conceito ainda não perfeitamente integrado ao escopo das ações sociais da sociedade brasileira. Da mesma forma que o *accountability*, não pela palavra, mas pelo tipo de ação política que representa e com pouca tradição em nossa experiência coletiva.

Mas também as assimetrias cognitivas e simbólicas podem ser provocadas pela difusão equivocada do conceito de controle público. Por exemplo, em muitos cursos de capacitação ou formação de conselheiros que presenciamos, era enfatizada a função fiscalizatória em detrimento da formação cidadã, mais voltada para a ética pública e as contrapartidas para o seu exercício, requisito fundamental para a atuação do conselheiro de qualquer segmento. Sem isso, exacerbava-se o papel de “cão de guarda” do conselheiro em relação ao sistema de saúde, em detrimento de uma formação que permitisse a ele intervir de forma eficaz e cidadã nos debates, na construção de consensos democráticos, e servir de caixa de ressonância dos interesses comunitários e públicos, além do trabalho de fiscalizar.

Se por um lado essa exacerbação do papel de vigilante do sistema de saúde por parte do conselheiro foi positiva, porque significou uma forma de equilíbrio do poder (poder e contrapoder), por outro lado, não raras vezes, ela reduziu a sua responsabilidade, criando a ilusão de que a fiscalização era o próprio controle público e não apenas uma parte dele, favorecendo o proselitismo participatório.

Em conseqüência, as dimensões fiscalizatórias transformam-se em obsessão com o controle burocrático e administrativo das secretarias de saúde, envolvendo, principalmente, o atendimento à saúde (o médico que atrasou, a falta de medicamentos, a carência nos transportes, etc.) e negligenciando as macroquestões ou questões essenciais das políticas públicas, como os diagnósticos e as carências de saúde, assim como os debates sobre os planos, programas e prioridades da área e os resultados obtidos. Igualmente,

os ricos relatórios gerados nas conferências de saúde são negligenciados e nem sempre adequadamente analisados como uma das fontes para o estabelecimento de prioridades no planejamento da saúde e para a própria pauta do conselho.

O destino desses relatórios costuma ser as gavetas da administração e, na conferência seguinte, discute-se quase que as mesmas coisas, detectando os mesmos problemas, em um ciclo de inércia que pouco afeta a política de saúde verticalmente definida pelo gestor.

Diante dessas situações, no caso dos usuários, comunicação entre os representantes populares e a população que os elegeu torna-se cada vez mais atrofiada. A população, quando quer reclamar ou sugerir alguma coisa para a saúde, vai direto ao prefeito, ao secretário, à polícia ou à promotoria de saúde, mas, muito raramente, vai ao conselho, porque a interação conselho-sociedade é demasiadamente fraca ou inexistente devido aos poucos canais de comunicação utilizados para essa finalidade.

Mas por que isso ocorre? Além de uma formação equivocada, que já mencionamos (que hoje nos parece estar sendo revista), a inoperância dos conselhos tem a ver também com a lógica simbólica que preside a ação social dos conselheiros. A idéia de controle público é mais inteligível para a maioria dos conselheiros quando se trata da perspectiva da vigilância concreta de casos que ela compreende, como o caso do médico que chegou atrasado, o funcionário que maltratou o paciente, a obra paralisada do posto de saúde do bairro, a falta ou precariedade dos transportes, a ambulância que não pegou o paciente, e assim sucessivamente.

Mas quando se trata, por exemplo, de discutir e de definir, debater e aprovar o plano municipal de saúde, de definir prioridades na saúde pública e na aplicação dos recursos financeiros ou apreciar balanços financeiros, a palavra é a do gestor, e a maioria do conselho, em geral, fica muda. E aqui fica evidente a assimetria simbólica que permeia os segmentos e os membros dos conselhos, pois a lógica abstrata e conceitual presente em documentos ou em atos discursivos sobre macroaspectos ou aspectos essenciais

da saúde fogem da lógica simbólica dos conselheiros, principalmente dos representantes populares.⁸

Comunicação e poder

As questões anteriormente levantadas não dizem respeito apenas à pouca clareza discursiva entre os membros e os segmentos presentes nos conselhos, como imaginariam os pedagogos da comunicação. É que o controle público pressupõe uma sociedade democrática e uma igualdade mínima em termos cognitivos e simbólicos entre os atores sociais, mas no caso do Brasil tais condições ainda não estão dadas. Nem todos têm acesso facilmente aos bens simbólicos que podem, potencialmente, distribuir melhor não apenas os bens materiais, mas, fundamentalmente, o próprio poder na sociedade, fazendo com que as interações nos conselhos sejam mais simétricas que assimétricas. Com isso, elas transformam-se em poderosas variáveis que impedem ou dificultam os processos comunicacionais, a participação popular e o exercício do controle público.

O pressuposto que sustenta essa observação é a crença de que as assimetrias cognitivas e simbólicas impedem que a convergência da comunicação e informação seja adequadamente direcionada para os princípios éticos e democráticos do controle público. A comunicação e a informação são responsáveis por dar visibilidade à práxis dos atores sociais e, simultaneamente, produzir o compartilhamento de sentidos, fazendo com que tudo o que vem a público possa ser visto, ouvido e comentado por todos (ARENDE, 1993).

Por essa razão, o poder inerente ao controle público não pode prescindir da palavra e do diálogo, ou seja, de práticas discursivas, para construir e interferir no espaço público e organizar politicamente os interesses coletivos, o que enseja a emergência de núcleos de poder cujas feições possam

⁸ Para evitar esse tipo de constrangimento, alguns conselheiros buscam assessoria de outros conselheiros ou especialistas que podem ajudar a decodificar os documentos originários do gestor.

ser de verticalidade ou de horizontalidade, o que vai depender de como essas variáveis sejam apreendidas e colocadas em prática nos conselhos.

E vale acentuar que o poder e/ou a característica de um dado discurso está diretamente vinculado à localização social dos interlocutores e de acordo com as competências culturais, simbólicas e políticas de que são portadores. Essas variáveis estabelecem e explicitam o elo entre a ação, o significado da ação e as relações sociais, gerando o que Paulo Freire chama de *práxis*.

No entanto, Freire lembra que o ato comunicativo eficiente se dá apenas quando os sujeitos são reciprocamente comunicantes e que a comunicação seja percebida dentro de um quadro significativo comum ao outro sujeito: “Se não há este acordo em torno dos signos como expressões do objeto significado, não pode haver compreensão entre os sujeitos, o que impossibilita a comunicação” (FREIRE, 1971, p. 68).

Ora, impossibilitada a comunicação (em função das assimetrias), predomina na arena dos conselhos uma situação de permanente incomunicação, fazendo com que a reciprocidade de atos e palavras tenha pouca consistência na determinação das políticas de saúde, fazendo prevalecer verticalmente algumas vozes como instância de poder em detrimento de outras.

O jogo da comunicação

Como já dissemos, o exercício do controle público nos conselhos de saúde só pode ocorrer em um determinado campo cultural ou político em que existam informações disponíveis e a capacidade dos atores sociais que ali atuam em interpretar e atribuir novos sentidos a elas (alteridade). No entanto, o processo comunicacional tanto pode ser determinado quanto alterado pelas redes de poder que sobre ele atuam, lembrando que os indivíduos agem e interagem a partir de diferentes situações e inserções nas situações vivenciadas.

Sendo assim, o que impede que esse processo comunicacional ocorra no contexto dos conselhos municipais de saúde?

Porque ele depende muito do poder e da posse do manejo de diferentes recursos materiais, simbólicos e discursivos que direcionam a ação social em curso. Assim, por exemplo, quando os indivíduos entram em uma relação de conflito, essas variáveis aparecem de maneira mais cristalina, assim como as evidências de que alguns têm mais recursos que os outros, inclusive para alterar, substantivamente, determinadas situações.⁹

Essa questão pode ser observada, por exemplo, através da dinâmica dos conselhos de saúde com o conselheiro-usuário. Este é, muitas vezes, originário de uma camada popular ou de uma comunidade rural e, ao chegar ao conselho, traz consigo tanto os traços culturais dessa origem quanto as marcas e os distintivos ideológicos presentes em seu horizonte histórico e perceptivo, como o capital e a competência cultural que possui (educação, embaraço/desembaraço com as regras da linguagem), que tanto podem aproximá-lo quanto distanciá-lo das questões colocadas nas pautas dos conselhos de saúde.

Em relação aos conselheiros dos outros segmentos, podemos dizer que a representação ocorre de maneira diferenciada. Por exemplo, o representante do corpo médico fala por uma categoria específica, cujos contornos simbólicos e técnicos são perfeitamente visíveis e legitimados no plano social, isto é, suas expectativas e formas de atuação são delimitadas por uma atividade clara e hierárquica de poder a respeito das questões da saúde, e

⁹ Para alterar esse quadro, alguns estudiosos e militantes da participação popular buscam no termo “empoderamento” inspiração para promover o deslocamento do poder de regiões verticais para regiões horizontais, possibilitando que segmentos ou grupos sociais desprovidos de capacidade de intervenção possam intervir de maneira mais concreta e eficaz na cena pública. O conceito de empoderamento vem do termo inglês *empowerment*, que pode ser interpretado como equivalente a dar poder ou reconfigurar o poder entre diferentes atores sociais. Utilizado junto com o conceito de participação, significa, além da idéia de tomar parte, interferir, criar ou mudar as condições e as formas da participação. Nesse sentido, o conceito de empoderamento pode ser entendido como estando mais próximo do conceito de comunicação do que do de informação, pois ele aponta para as relações de poder, a expansão e a alteridade. Segundo Tomaz Martins Júnior (*apud* VILANOVA, C. R. C. *Comunicação: teoria e prática no Sistema Único de Saúde*. Monografia de conclusão do Curso de Especialização em Comunicação e Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2004, p. 24): “Trata-se de um processo de reconhecimento do poder existente, ainda não exercido, mas disseminado na estrutura social que não escapa a nada e a ninguém. Se o poder é um elemento da sociedade, apoderamento, ad-apoderamento’, significa ‘trazer o poder mais próximo de si”.

que são corporativamente compartilhadas por seus pares e pela sociedade. No caso dos prestadores de serviços, a representação ainda é mais simples e clara, pois está diretamente relacionada com seus interesses particulares, em que pese a possibilidade de emitirem pareceres políticos sobre outras questões do sistema de saúde.

Em contrapartida, a visibilidade social e de poder dos representantes dos usuários é bem mais difusa e sujeita a outras variáveis que nem sempre facilitam a sua participação. Por exemplo, as barreiras simbólicas impostas pela hierarquia social que separam um segmento do outro e se revelam no comportamento, na maneira de falar e de articular conceitos e idéias que nem sempre coincidem com a lógica do discurso abstrato, burocrático ou técnico. Essas diferenças são visíveis através da linguagem, na qual as moedas culturais têm diferentes valores de troca, sendo sua cotação baixa quando se trata dos conselheiros-usuários, limitando assim as possibilidades de provocar mudanças substantivas na política de saúde. E, independentemente das intenções dos sujeitos, é através dessas formas sutis de comunicação que se reafirma uma razão autoritária, que pode comprometer, significativamente, a idéia de controle público.

Os papéis sociais e as formas de percepção, tanto no sentido vertical (hierarquia e competência simbólica) quanto horizontal (identificação por segmento e competência simbólica) influenciam e determinam o grau de participação dos membros dos conselhos de saúde. Em primeiro lugar, porque a participação se dá através de uma forma de construção social (percepção, valoração e formas de expressão) como resultado do processo interacional que acontece entre os indivíduos. Em segundo lugar, porque cada membro do grupo faz uma interpretação pessoal de cada situação, como uma construção cognitiva, em que os papéis sociais e os fatos requerem uma interpretação ativa por sua parte, tanto para agir quanto para se retrair diante das questões colocadas pelo ambiente da ação social.

Acreditamos que essas questões estejam diretamente relacionadas com os diferentes repertórios discursivos presentes em cada conselho de saúde, já que em um mesmo ambiente podem coexistir diferentes contextos

comunicativos que interferem significativamente na produção, circulação e recepção de mensagens, como a diversidade sociocultural, que marca a ação e a prática discursiva dos segmentos que compõem os conselhos. Em outras palavras, estamos diante de relações de poder presididas por diferentes formas de competência, como a do saber, do poder dizer e saber dizer e do poder fazer, que determinam a práxis discursiva na arena dos conselhos de saúde.

A percepção dos conselheiros a respeito desses processos depende de sua competência simbólica, das situações ou desafios concretos nos quais se envolvem nos conselhos e das possibilidades de subversão das relações assimétricas, das condições de funcionamento do conselho e da disposição política para o diálogo ou estabelecimento democrático de consensos, entre outras coisas.

Os papéis sociais, as formas de percepção e o capital simbólico de cada um ou de cada segmento influenciam e determinam o grau de participação dos membros dos conselhos de saúde. Em primeiro lugar, porque a participação demanda formas de percepção e de expressão cujos valores oscilam de acordo com o lugar e o capital simbólico de cada participante. Em segundo lugar, porque, individualmente, cada membro do grupo faz uma interpretação pessoal de cada situação a partir da percepção que um ator social tem do outro, percepção que irá depender dos tipos de interações ali existentes, ou seja, se são mais ou menos simétricas.

Conclusão

Voltando à idéia de controle público e as assimetrias simbólicas nos conselhos, mostramos que visibilidade e transparência são conceitos profundamente articulados ao conceito de comunicação e, por sua vez, ao conceito de controle público. O desafio que se coloca é o de fazer com que os conselheiros e respectivos conselhos estejam preparados para entendê-los e, entendendo-os, fazer com que eles sejam incorporados efetivamente à prática cotidiana de cada um, evitando o “simulacro da participação”, como se referiu Gilson Carvalho.

Para isso entendemos que o espaço dos conselhos é um espaço de aprendizagem cidadã, e que a formação ou capacitação dos conselheiros (gestor, trabalhadores e usuários) não pode ser reduzida apenas ao papel instrumental de “cão de guarda” ou de domesticá-lo frente à verticalidade do poder, mas sim para que todos possam, reciprocamente, se transformar dialogicamente com o objetivo de melhorar e democratizar a saúde pública. Afinal ninguém nasce cidadão ou conselheiro. Tanto uma coisa quanto outra depende de investimentos e de aprendizagem, como faziam alguns grupos que preparavam e capacitavam os cidadãos para atuar na *Ágora*, onde ocorriam os debates públicos, ou seja, preparando-os através da retórica para defender os seus pontos de vista em igualdade de condições com os outros, já que a idéia entre eles era a de que não poderia haver democracia com sujeitos em condições desiguais.

Lembramos-nos aqui do educador Pedro Demo, que ressalta dois fins principais da aprendizagem cidadã: (a) a aprendizagem precisa ser *reconstitutiva*; não se aprende reproduzindo conhecimento vigente, mas refazendo-o; (b) a aprendizagem é sempre fenômeno *político*: não se restringe ao manejo do conhecimento, mas abrange seu questionamento crítico, a ética de sua gestação e aplicação, o sentido humano das mudanças. Diz ele ainda que “aprender é profundamente tornar-se sujeito capaz de desenhar sua trajetória, deixando para trás a condição de massa de manobra e aprender é, sobretudo, confrontar-se com a pobreza política” (DEMO, 2001, p. 93).

Ou, como diria Paulo Freire, “‘ler’ a realidade significa esta habilidade: reconhecer-la criticamente, organizar-se para atribuir à cidadania capacidade estratégica e saber intervir de maneira alternativa” (*apud* DEMO, 2001, p. 93-94).

Em outras palavras, a formação do conselheiro, dos vários segmentos, deve ser voltada para o entendimento profundo do significado de controle público e de ética pública que, se não extingue, pelo menos ameniza as assimetrias cognitivas e simbólicas entre os conselheiros.

E os conselhos de saúde nada mais são que uma espécie de associativismo voltado para a ética pública, nos quais os conselheiros dedicam parte

de seu tempo pessoal a uma causa comum de maneira voluntária e generosa, o que justifica investir na melhoria de seu funcionamento do ponto de vista da comunicação, da informação e da participação popular no Sistema Único de Saúde, com reflexos positivos na práxis de controle público de cada conselheiro ou segmento ali presentes.

Referências

ARENDT, H. *A condição humana*. Tradução de Roberto Raposo; posfácio de Celso Lafer. 6 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1993.

BERGER, P.; LUCKMANN, T. *A construção da realidade*. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 1985.

CARVALHO, Gilson. *Conselho de saúde, hoje e sempre, sem complicação*. (internet, s/d).

CARVALHO, A. I. Conselhos de saúde, responsabilidade pública e cidadania: a reforma sanitária como reforma do Estado. In: FLEURY, Sonia (Org.). *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Editora Lemos Editorial, 1997.

FREIRE, Paulo. *Extensão ou comunicação?* Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1971.

HALLIDAY, T. L. Retórica e política: a questão da responsabilidade. In: MATOS, Heloisa (Org.). *Mídia, eleições e democracia*. São Paulo: Editora Scritta, 1994. p. 91-109.

LUCAS, Simone Dutra. A participação cidadã no controle do Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte. In: *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. São Paulo: Editora Xamã, 1998. p. 51-80.

OLIVEIRA, V. C. Comunicação, informação e ação social. In: *Organização do cuidado a partir de problemas: uma alternativa metodológica para atuação da equipe de saúde da família*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2000. p. 65-74

OLIVEIRA, V. C. Relatório de pesquisa "A comunicação e o controle público nos conselhos de saúde da Região Metropolitana de Belo Horizonte". Departamento de Comunicação Social da UFMG, 2001, texto fotocopiado.

SPINK, M. J.; MEDRADO, Benedito. A produção de sentidos no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In: SPINK, M. J. *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. São Paulo: Cortez, 1999.

DEMO, Pedro. *Cidadania pequena: fragilidades e desafios do associativismo no Brasil*. Campinas: Autores Associados, 2001. (Coleção Polêmicas do Nosso Tempo)

MOBILIZAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE: O PAPEL DA COMUNICAÇÃO ESTRATÉGICA

Márcio Simeone Henriques
Rennan Lanna Martins Mafra

O termo mobilização social vem ganhando destaque a cada dia em nossa sociedade. Serve para designar, em geral, o somatório de esforços para a resolução dos mais variados problemas de interesse público. Não sem motivo, uma sociedade que se configure como democrática tem na mobilização um de seus aspectos centrais. O modelo que se tem construído no Brasil, essencialmente a partir da Constituição Federal de 1988, é de base participativa e deliberativa. Esse modelo prevê um alargamento do conceito de cidadania – abrangendo um contingente de cidadãos portadores de direitos como nunca antes na história do país, mas também um exercício político que não limita a participação do cidadão ao voto para eleger os mandatários. É no contexto de uma interação entre os cidadãos (a sociedade civil) e o Estado que surgem dispositivos que, agindo na periferia do poder público, permitem a participação na discussão e deliberação acerca dos mais variados temas públicos. Esses fóruns, tais como os conselhos gestores de políticas públicas, o orçamento participativo, os comitês, etc., são considerados importantes fatores de inovação institucional democrática (AVRITZER, 1994; FUNG, 2004). Assim, para garantir a existência e efetividade desses fóruns, vê-se o poder público diante da necessidade de ser, ele próprio, mobilizador, direcionando esforços de comunicação para essa finalidade.

À inovação institucional demandada do poder público pelo modelo de democracia participativa, corresponde também um modelo de comunicação pública (no sentido da comunicação das agências públicas com os diversos

públicos na sociedade) também inovador. Como observa Zémor (1995), tal comunicação não se limita à divulgação de atos governamentais e para a prestação dos serviços públicos em si. Num alargamento da perspectiva, inclui entre suas finalidades não somente a difusão de informações de interesse público, mas também a de assegurar as relações sociais (entre Estado e cidadãos) e de acompanhar as mudanças na organização social em regimes democráticos, ou seja, uma prática que contribua para alimentar o conhecimento cívico, facilitar a ação pública e garantir o debate público. Daí podermos falar de uma comunicação do poder público que seja mobilizadora.

Por outro lado, de que maneira o cidadão pode fazer valer sua prerrogativa de participar efetivamente dos fóruns abertos para a interlocução com os públicos? Sempre é possível que um cidadão alcance, isoladamente, essas instâncias e tenha possibilidade de dar voz às suas opiniões, expectativas e interesses e, em alguns deles, ter até mesmo o poder de voto. Entretanto, o que chamamos de participação nessas instâncias é, em verdade, uma complexa combinação de atores: pessoas e instituições que se mobilizam para essa finalidade, relacionados ao tema público em questão. Nessa situação, cada grupo de atores busca fortalecer-se, ganhar maior potência cívica para interferir de forma mais efetiva nas deliberações propostas. O processo de mobilização, portanto, é algo bem amplo, em que se busca arregimentar recursos desses atores, criar vínculos entre eles e, de certa forma, organizar e orientar as ações. Mobilizar torna-se, assim, condição essencial para a participação.

A geração de tais vínculos entre públicos que se mobilizam dá-se através de processos comunicativos entre eles. Toro & Werneck (2004, p. 14) afirmam que, por ser a mobilização social um ato de “convocar vontades para uma mudança de realidade, através de propósitos comuns, estabelecidos em consenso”, reconhecem que envolve o compartilhamento de discursos, visões e informações e, por isso, exige ações de comunicação em seu sentido mais amplo. Podemos dizer que a mobilização social é uma “reunião de sujeitos que definem objetivos e compartilham sentimentos, conhecimentos e responsabilidades para a transformação de uma dada realidade,

movidos por um acordo em relação a determinada causa de interesse público” (BRAGA; HENRIQUES; MAFRA, 2004, p. 36). De tal forma, a mobilização social é, em si, um processo comunicativo. E corresponde a um esforço estratégico, não apenas para gerar e manter os vínculos entre as pessoas e instituições que se mobilizam – um vínculo ideal de co-responsabilidade em relação a uma causa –, mas também para que o grupo mobilizado, revestido de uma determinada identidade de projeto, consiga posicionar-se publicamente. Esse posicionamento depende da publicidade da existência do grupo (do projeto) e de suas ações, ou seja, depende da visibilidade pública que logra alcançar. Mas além de tornar-se publicamente visível, qualquer movimento deve buscar, em alguma medida, aceitação pública, para que esteja ele próprio em condições de promover um chamado mais amplo à participação da sociedade. A comunicação torna-se, assim, um problema permanente para qualquer grupo que se mobilize, seja qual for a causa que defenda.

A comunicação estratégica e a mobilização social para a saúde

Planejar a comunicação para a mobilização social torna-se, portanto, uma tarefa essencial para a convocação dos sujeitos e para o compartilhamento de sentimentos, conhecimentos e responsabilidades – já que partimos do entendimento da mobilização social como um processo comunicativo. É a partir desse sentido que é possível compreender o papel da comunicação estratégica em processos de mobilização social.

A comunicação estratégica representa uma forma de construir e estabelecer processos comunicativos de forma planejada, e não espontânea. De maneira geral, a necessidade de trabalhar a comunicação de forma estratégica, nas sociedades, surgiu a partir da emergência e consolidação de um modo de vida moderno, da ampliação dos regimes políticos democráticos e com a necessidade, imposta a inúmeras instituições, de estabelecer uma atividade que cuidasse especificamente da relação dessas instituições com públicos a ela vinculados direta ou indiretamente. É assim que a emergência

da comunicação estratégica vincula-se também ao surgimento da atividade de relações públicas.

Embora as relações públicas sejam tradicionalmente ligadas ao setor empresarial, relacionamentos podem ser construídos em organizações e instituições de todo tipo, como é o caso de projetos de mobilização social, movimentos sociais e populares. Nesse sentido, é possível entender que a atividade de relações públicas, a partir do uso da comunicação estratégica, pode inserir, a partir da formulação de estratégias comunicativas, argumentos na cena pública, de forma a estimular um processo de discussão e de debate, a partir da busca por espaços de visibilidade pública para tornar conhecidos e aceitos a causa e o projeto mobilizador (MAFRA, 2006).

Além disso, a comunicação, planejada de forma estratégica, torna-se fundamental para a geração e o fortalecimento de vínculos entre os públicos e os projetos de mobilização social, na tentativa de buscar vínculos ideais de co-responsabilidade (BRAGA; HENRIQUES; MAFRA, 2004, p. 36). Assim, torna-se fundamental que uma determinada competência comunicativa esteja presente nas rotinas dos projetos de mobilização social, no sentido de utilizar meios, técnicas e instrumentos de comunicação que traduzam sua causa, incluam novos temas na cena pública e estabeleçam conversações a partir de procedimentos estratégicos. Justamente por isso, “aos projetos de mobilização social, importa não somente construir uma causa a ser defendida, mas também encontrar mecanismos responsáveis por tornar essa causa visível, para que seja passível de comunicação e de debate entre os sujeitos” (MAFRA, 2006, p. 46).

Assim como para qualquer tema de relevância pública, mobilizar para a saúde envolve esforços estratégicos de comunicação. E, ainda em relação às especificidades de um processo mobilizador para a saúde, é possível ponderar que, particularmente, o poder público reveste-se de um desafio que se traduz em dois sentidos, que não podem ser tomados separadamente: o de promover esforços coletivos, através da cooperação dos cidadãos, para superar problemas; e o de buscar o engajamento dos cidadãos nas discussões e formulações políticas sobre questões sanitárias.

No primeiro caso, a mobilização tem sido uma demanda cada vez maior para a realização do controle epidemiológico, por exemplo, e para o envolvimento das pessoas nos mais diversos procedimentos básicos que possam garantir objetivos fundamentais em relação à atenção básica (como a redução da mortalidade infantil e materna, que depende da compreensão do problema e da cooperação da sociedade). Sob essa perspectiva, é cada vez mais claro que tais esforços, para que realmente produzam resultados, devem contar com uma boa articulação entre o Estado e a sociedade civil, chamada à cooperação. No segundo caso, o fortalecimento das instâncias de participação e interlocução (como os conselhos) é fundamental, mas entra em jogo não apenas uma demanda específica de cooperação, pois se exige do cidadão uma visão ainda mais ampla sobre a saúde em termos de valores que transcendam os seus interesses mais imediatos.

Dessa maneira, podemos inventariar alguns problemas – inter-relacionados – que emergem desses desafios mobilizadores, que são obstáculos (nem sempre muito evidentes) com os quais se deparam os mais variados projetos, tanto os de iniciativa do poder público, como da sociedade civil. Tentaremos também, de forma breve, refletir sobre como estratégias de comunicação podem inserir-se na busca da superação de tais desafios, no processo de mobilização social para a saúde.

As distintas temporalidades dos processos de mobilização

Como já apontado, os processos de mobilização que visam a resolver problemas de forma cooperativa, como o controle epidemiológico, distinguem-se dos que visam a promover discussões mais amplas e formular políticas de maior alcance e de mais longo prazo. Assim, os primeiros necessitam ganhar escala rapidamente (tanto mais quanto mais calamitosa for a situação, já que há vidas em risco). O processo mobilizador, em geral, é massivo, muito mais dinâmico e precisa ganhar imediatamente significados fortes, para os quais não há muito tempo disponível para uma construção compartilhada: os sujeitos envolvidos devem sentir-se participantes de uma verdadeira “cruzada”,

em que está em jogo a sua própria vida e o bem-estar coletivo. O aprendizado sobre o problema deve dar-se muito rapidamente, de forma simplificada, de tal modo que permita a ação numa direção que seja minimamente eficaz.

Os esforços estratégicos de comunicação não podem dispensar as campanhas massivas, com o complemento de ações dirigidas que são basicamente porta a porta. Nesses momentos, é fundamental garantir, através de forte comunicação interpessoal, que as mensagens massivas penetrem rapidamente as redes de conversação nas localidades, caso contrário, as próprias mensagens tendem a dispersar-se e a perder força. Os esforços dos sujeitos devem ser rapidamente mostrados aos demais, bem como os resultados alcançados, mesmo que ainda distantes das metas ideais (em casos de calamidade, qualquer variação positiva dos resultados deve ser prontamente divulgada e interpretada como uma conquista importante, para animar e garantir a continuidade da mobilização).

Por seu turno, os processos de mobilização que objetivam a participação na formulação de políticas de saúde devem ser encarados de maneira distinta. Primeiro porque são contínuos, ou seja, a participação em fóruns, como os conselhos de saúde, deve ser permanentemente fomentada, de modo a garantir que essa instância seja realmente representativa e as decisões, mais democráticas. Isso contrasta com o caráter episódico das grandes campanhas e mutirões, que canalizam as energias de tal forma que, uma vez minimizado o problema, os vínculos mobilizadores tendem a arrefecer com a mesma rapidez com que foram gerados. Nesses processos de mais longo prazo, a mobilização precisa construir significados de forma mais lenta, o que significa dizer que é um processo de construção de conhecimento bem mais amplo sobre os problemas, as circunstâncias de uma dada localidade. Dessa forma, o ritmo mais lento é propício a uma maior consolidação dessas questões como tema público e, por conseguinte, da co-responsabilidade de todos os atores em relação a esse tema. Para isso é também fundamental o apelo a valores bem mais amplos que aqueles que geram uma mobilização mais imediata e episódica. Aqui vale situar a questão da

saúde como direito, relacioná-la aos valores de qualidade de vida, cidadania, justiça, etc. Trata-se de posicionar a causa como um problema permanente, algo que exige sempre a atenção dos sujeitos como garantia do cumprimento desses valores mais amplos.

É preciso notar, no entanto, que essas duas temporalidades não devem ser, de forma nenhuma, excludentes (como muitas vezes acontece, as estratégias de comunicação para uma e outra dimensão não guardam relação entre si). O desafio está, precisamente, em conectar essas duas dimensões, de tal forma que o agir mais pontual – absolutamente necessário para garantir condições imediatas de vida – não se desvincule desses esforços mais amplos, sem os quais a própria noção de saúde como um bem coletivo torna-se vazia.

A limitação da noção de saúde

É corrente na literatura sobre saúde coletiva a preocupação com a própria noção de saúde. A construção da saúde como causa, ou seja, o seu posicionamento como tema público relevante, depende estreitamente da sua compreensão como problema coletivo, e não individual. Isso implica compreendê-la não a partir da noção de doença, mas de valores mais amplos, como qualidade de vida. Mesmo as questões epidemiológicas requerem uma visão que não se esgote apenas no conhecimento científico das epidemias, dos seus agentes patológicos e na forma de combatê-los e controlá-los. Uma visão política dessas questões envolve um posicionamento no campo social, ou seja, relacionado às formas de vida da sociedade e às suas políticas (AYRES, 1992, 1995; MINAYO, 1992). Um grande obstáculo, portanto, é fazer com que os próprios sujeitos transcendam uma visão individual de saúde – baseada na doença e nas suas iniciativas individuais para combatê-la – para entender as questões de saúde como relativas a todo o corpo coletivo (indo desde as condições ambientais do local onde se vive até as condições globais que afetam suas condições mais gerais). Por outro lado, também, a amplitude da visão política que se requer dissolve as fronteiras setoriais, dentro das quais, muitas vezes, os problemas de saúde são

abordados. A saúde deixa de ser, assim, um problema quase exclusivamente médico para ganhar uma abordagem sistêmica e intersetorial, em que entram em jogo a educação, a segurança, as questões ecológicas e ambientais, o direito, a comunicação, só para citar alguns exemplos.

É nesse sentido que os esforços estratégicos de comunicação devem-se voltar também a um terreno político, semântico e cultural, de forma a buscar criar espaços de debate e interlocução entre os sujeitos, no intuito de propor novos entendimentos com relação à própria noção de saúde. De tal sorte, com relação a esse desafio, a comunicação imbuí-se de um esforço lento, gradual e orientado por um recorte temporal mais longo. Mesmo porque, para observar-se uma variação qualitativa no caráter do entendimento da saúde advinda dos sujeitos, é preciso realmente operar com um período de tempo mais alargado. Contudo, é em meio às estratégias cotidianas que tal entendimento pode ser problematizado, especialmente a partir de estratégias interpessoais, que possam criar espaços de interlocução entre os sujeitos públicos da mobilização social.

O problema do diálogo com os especialistas

A questão posta no item anterior, da necessidade de abordagens mais sistêmicas e intersetoriais, evoca imediatamente um outro obstáculo que é o difícil diálogo com os especialistas. Se a interlocução entre os especialistas de várias disciplinas diferentes já encontra muitas dificuldades a superar, mais ainda se torna crítico o problema de fazer encontrar os conhecimentos científicos dessas áreas com os conhecimentos do cidadão comum, chamado a participar, deliberar e cooperar.

A comunicação tem um papel fundamental nesse particular, qual seja o de produzir informações qualificadas de tal maneira que reúna, organize e traduza da forma mais compreensível para os diversos públicos os conhecimentos mais necessários para a ação (seja a cooperação imediata, seja uma participação política no debate público bem informada). Além disso, para uma coletivização das questões de saúde como problemas públicos,

depende da percepção de todos os cidadãos de que há possibilidades concretas de interferência no estado de coisas que se pretende mudar. O cidadão não se mobilizará se não conseguir vislumbrar possibilidades efetivas de transformação e o seu papel nesse processo. Se tiver das questões de saúde a percepção de que somente os especialistas e o Estado podem resolver tais problemas, não se sentirá co-responsável, ou cooperará apenas de modo circunscrito aos seus próprios interesses.

A visão de comunidades e de ação coletiva

Outro problema ainda a considerar é uma dificuldade de lidar com as novas formas de sociabilidade e de ação coletiva que emergem na contemporaneidade. Muito do apelo à mobilização que se constrói para as ações na área de saúde refere-se ao sentido comunitário. No entanto, é preciso observar que nem sempre se tem clareza, ao apelar para uma participação comunitária, de a qual “comunidade” esse apelo se refere. As formas de vida e de convivência contemporâneas, em contextos de alta urbanização, desafiam a noção tradicional de comunidade. Há muitas dificuldades de lidar com o que hoje chamamos de “comunidade”, já que não podemos referir-nos exclusivamente ao seu caráter territorial nem ancorar os vínculos grupais numa determinada tradição. Os sujeitos orientam-se coletivamente por variados sentidos e valores; subdividem-se em grupos diversos e compartilham suas identidades a partir de elementos também variados. Isso não significa que a sociabilidade contemporânea seja demasiadamente fluida, mesmo porque algo de tradicional ainda continua coexistindo. A questão principal a ser destacada é que uma “comunidade tradicional”, que abriga sujeitos com características mais ou menos semelhantes e que se orienta por elementos como o território, a família, a oralidade e a comunicação face a face, dentre outros, parece não mais representar, em sua totalidade, as formas de organização comunitárias nas complexas sociedades modernas.

Portanto, o desafio das estratégias de comunicação para mobilização em saúde vincula-se ao esforço por construir uma visão sistêmica que permita

que esses agrupamentos possam ser percebidos em toda a sua heterogeneidade, plasticidade e permeabilidade. Isso põe uma ênfase especial nas relações comunicativas que se estabelecem dentro e fora dos limites desses agrupamentos, bem como na formulação global das estratégias comunicativas para mobilização social.

Considerações finais

O exame da questão da mobilização social na área da saúde coloca-nos de pronto diante da politização da saúde como tema público, passível de uma intervenção da sociedade civil em todas as suas esferas. Mostra que, para isso, a comunicação é um problema fundamental e não se limita a promover a divulgação de temas específicos ligados à saúde. Especialmente no que respeita ao poder público, este se vê desafiado, no contexto da inovação democrática, a construir um novo tipo de relacionamento com os cidadãos e com as instituições que compõem a chamada sociedade civil. O trabalho estratégico de comunicação social, tal como tradicionalmente executado por meio de assessorias especializadas, deixa de limitar-se à produção de meios de divulgação e relacionamento com a imprensa para demandar uma atuação cada vez mais forte no sentido da produção de informações qualificadas e para as ações de fomento ao próprio debate cívico, estimulando a manutenção de redes mobilizadoras.

Referências

- AVRITZER, Leonardo. *Sociedade civil e democratização*. Belo Horizonte: Del Rey, 1994.
- AYRES, José Ricardo de C. M. *Epidemiologia e emancipação*. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec – Abrasco, 1995.
- AYRES, José Ricardo de C. M. *O problema do conhecimento verdadeiro na epidemiologia*. Revista de Saúde Pública, 26(3), p. 206-214, 1992.
- BRAGA, Clara S.; HENRIQUES, Márcio S.; MAFRA, Rennan L. M. O planejamento da comunicação para a mobilização social: em busca da co-responsabilidade. In: HENRIQUES,

Márcio S. (Org.). *Comunicação e estratégias de mobilização social*. Belo Horizonte: Autêntica, 2004.

FUNG, Archon. Receitas para esferas públicas: oito desenhos institucionais e suas consequências. In: COELHO, Vera S. P.; NOBRE, Marcos. *Participação e Deliberação. Teoria democrática e experiências institucionais no Brasil contemporâneo*. São Paulo: Ed. 34, 2004. p. 173-209.

MAFRA, Rennan. *Entre o espetáculo, a festa e a argumentação – mídia, comunicação estratégica e mobilização social*. Belo Horizonte: Autêntica, 2006.

MINAYO, Maria Cecília de S. *O desafio do conhecimento*. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec – Abrasco, 1992.

TORO A., Jose Bernardo; WERNECK, Nisia Maria Duarte. *Mobilização Social: Um modo de construir a democracia e a participação*. Belo Horizonte: Autêntica, 2004.

ZÉMOR, Pierre. *La communication publique*. Paris: PUF, 1995. Col. Que sais-je?

COMUNICAÇÃO PARA MOBILIZAÇÃO SOCIAL EM DEFESA DA REDUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL E MATERNA EM MG -

PROGRAMA VIVA VIDA

Adriana Kfoury

Ao definir como meta mobilizadora a redução da taxa de mortalidade infantil e diminuição da razão de morte materna em Minas Gerais, o governo estadual, por meio da Secretaria de Estado de Saúde (SES), lançou, em outubro de 2003, o Programa de Redução da Mortalidade Infantil e Materna em Minas Gerais – **Viva Vida** –, com investimentos na melhoria do acesso e da qualidade da assistência ao pré-natal, parto e puerpério; do planejamento familiar, da assistência ao neonato e à criança até um ano de idade.

Vários grupos-tarefa foram criados através de resolução, sendo um deles responsável pelo diagnóstico da mortalidade infantil e materna em Minas Gerais.

O diagnóstico realizado mostrou que, embora a taxa de mortalidade infantil venha decaindo nos últimos anos, tanto no Brasil como em Minas Gerais, ela esconde importantes desigualdades regionais, o que justifica investimentos direcionados para municípios com maior necessidade, observando o princípio da equidade preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

A maioria dos óbitos está concentrada no período neonatal, principalmente até o 6º dia de vida, demonstrando a fragilidade na rede de atenção à gestante, ao parto e ao recém-nascido.

A mortalidade materna em Minas Gerais é alta, segundo parâmetros da Organização Mundial de Saúde, e também está relacionada à qualidade da assistência à gestante. As principais causas da mortalidade materna são as síndromes hipertensivas, as hemorragias e as infecções.

A grande proporção de óbitos por causas consideradas evitáveis mostra a responsabilidade do setor de saúde no enfrentamento da mortalidade infantil e materna, otimizando recursos, focalizando situações de maior risco, garantindo acesso e resolutividade, sem deixar de observar a relevância das questões socioeconômicas e do meio ambiente. Para o cumprimento da meta estabelecida, foram definidas várias estratégias como:

- Organização de rede integrada de saúde microrregional que garanta acesso oportuno e assistência qualificada para as gestantes e crianças menores de um ano;
- Qualificação da assistência, equipando adequadamente as instituições de saúde nos seus diferentes níveis de complexidade tecnológica;
- Implantação de protocolos do pré-natal, parto, puerpério e acompanhamento da criança até um ano de vida;
- Implantação e implementação dos comitês de prevenção da mortalidade infantil e materna;
- Garantia da qualidade das bases de dados a fim de possibilitar o monitoramento da proposta através de indicadores;
- Garantia de custeio diferenciado para as maternidades que compõem o sistema de referência para atendimento às gestantes de alto risco;
- Capacitação dos recursos humanos na perspectiva de uma atenção qualificada, integral e humanizada, a partir de uma política de educação permanente;
- Implantação das Centrais de Regulação;
- Ampla mobilização social com inserção de diferentes atores no desempenho do programa.

Introdução

Entende-se por mobilização social o movimento de arregimentação de recursos humanos, técnicos e econômicos necessários para a implementação de ações de comunicação e educação, a fim de que a população se envolva e

participe ativamente. Tendo o horizonte ético e ações amparadas nos princípios democráticos preconizados pela Constituição Federal em seus artigos 1º e 3º*, um processo mobilizador está condicionado ao respeito à autonomia do movimento, cumprindo o poder público o relevante papel de ser seu catalisador.

A comunicação é intrínseca ao processo de mobilização social, pois permite o compartilhamento de informações entre os atores envolvidos, objetivando, como resultado, a formação de opiniões próprias e que esses atores, de posse da informação, se tornem geradores de novas informações.

A instalação do Comitê Estadual de Defesa da Vida, em fevereiro de 2004, com a inclusão de diversas instituições governamentais e da sociedade civil, foi a primeira iniciativa mobilizadora criada pelo Programa Viva Vida para alcançar sua meta. Atualmente, o Comitê conta com a representação de 27 instituições e reúne-se periodicamente, conforme um cronograma previamente definido e acordado. Cabe ao Comitê Estadual de Defesa da Vida:

- Definir estratégias, ações e recursos necessários à implantação e desenvolvimento do Programa Viva Vida;
- Analisar, discutir e buscar o consenso sobre as questões temáticas trazidas ou construídas pelas instituições que o compõem;
- Propor diretrizes estratégicas e operacionais, necessárias à redução da mortalidade infantil para um valor inferior a 20 (vinte) óbitos por 1.000 (mil) nascidos vivos, até dezembro de 2006;
- Desenvolver métodos e instrumentos de acompanhamento e avaliação dos resultados alcançados com a implantação do Programa;
- Coordenar tecnicamente as atividades de assessoramento, executadas pela secretaria-executiva;

* Art. I: "A República Federativa do Brasil constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos: 1. A soberania; 2. A cidadania; 3. A dignidade da pessoa humana; 4. Os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa; 5. O pluralismo político."

Art III: "Constituem objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil: 1. Construir uma sociedade livre, justa e solidária; 2. Garantir o desenvolvimento nacional; 3. Erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais; 4. Promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação."

- Propor e acompanhar medidas de organização e adequação das atividades de competência da Secretaria-Executiva de Assessoramento;
- Viabilizar, sempre que necessário, estudos gráficos e relatórios analíticos relativos ao desenvolvimento do Programa Viva Vida;
- Criar condições para a implantação dos Comitês Municipais de Defesa da Vida.

A partir daí, tornou-se necessário o desenvolvimento de uma atitude crítica sobre o processo de mobilização, o alinhamento de conceitos básicos sobre o assunto, desenvolvimento de habilidades e aquisição de novos conhecimentos para a construção da Rede de Mobilização Social do Viva Vida – a **Rede de Defesa da Vida**.

Sendo a Secretaria de Estado de Saúde o produtor social do processo, por ser a instituição que cria as condições econômica, institucional, técnica e profissional para que ocorra a mobilização social do Viva Vida, formou-se um grupo permanente de profissionais da SES responsáveis por essa estratégia. Esse grupo é composto por técnicos da Assessoria de Comunicação Social, da Coordenação do Programa Viva Vida e do Centro de Desenvolvimento de Recursos Humanos.

Na primeira etapa do projeto, o grupo foi capacitado e contou com a consultoria de assessores especializados na área para identificação dos públicos da Rede de Defesa da Vida, o que serviu de base para a elaboração do mapa e da tabela de segmentação desses públicos (anexos 1 e 2), que foram analisados, naquele momento, segundo sua vinculação ao processo e classificados como beneficiários, legitimadores e geradores de ações, sendo:

- Beneficiários: todos os que se beneficiam direta ou indiretamente do Viva Vida;
- Legitimadores: todos os que têm julgamento positivo do Viva Vida, além de se beneficiarem do programa;
- Geradores: todos os que agem, estão coesos, mantêm a continuidade do movimento e assumem a co-responsabilidade na defesa da redução da mortalidade infantil e materna em Minas Gerais.

As ações propostas nesse projeto pretendem promover a participação dos públicos na Rede de Defesa da Vida e manter e estimular um nível crescente de vinculação deles ao programa, visando ao nível desejado da co-responsabilidade.

Objetivo geral

Mobilizar a população para a redução da mortalidade infantil e materna em Minas Gerais.

Objetivos estratégicos

1. Criar e manter a Rede de Defesa da Vida;
2. Estimular os públicos da Rede – representantes de organizações governamentais e não governamentais, comunidades, entidades de classe, sindicatos, clubes de serviço, sociedades, federações, associações, comitês, grupos e conselhos – a promover e a participar de ações de mobilização social, em defesa da redução da mortalidade infantil e materna, em seus campos de atuação específicos;
3. Sensibilizar e estimular profissionais da mídia a agirem como co-responsáveis no processo, como cidadãos e formadores de opinião;
4. Sensibilizar e estimular a população mineira a agir como co-responsável no processo, adotando um novo comportamento diante da questão da mortalidade infantil e materna no Estado, traduzido nas ações do Programa Viva Vida;
5. Monitorar e avaliar o processo de mobilização social do Programa Viva Vida.

Metodologia

A metodologia utilizada fundamenta-se no planejamento compartilhado e participativo, a partir da realidade local dos públicos envolvidos – organizações

governamentais e não governamentais, entidades de classe, sociedades, federações, sindicatos, clubes de serviços, comitês, grupos e conselhos –, e tem como eixo orientador o dinamismo que um processo de mobilização social requer.

Os representantes dessas instituições/entidades serão continuamente estimulados a fortalecer sua adesão à Rede de Defesa da Vida, na perspectiva de que atinjam o vínculo desejado da co-responsabilidade em relação à causa, nos níveis estadual e municipal.

Como participar ou não de um processo de mobilização social é um ato de escolha, é necessário que os públicos envolvidos conheçam as propostas e objetivos do programa e acreditem que a sua participação seja fundamental para alcançar as mudanças esperadas por todos.

Portanto, a metodologia utilizada dará ênfase a estratégias de comunicação que possam garantir a circulação de informações, permitindo que os atores façam julgamentos, optem pela adesão à causa e tornem-se protagonistas do processo, na expectativa de organizarem-se em **Comitês Municipais de Defesa da Vida** que, em conjunto com os demais comitês afins (CPOFI, CPMM, CIAM)*, irão atuar na busca de soluções para o problema da mortalidade infantil e materna em sua área de abrangência.

Ações

1. Elaborar, confeccionar e editar materiais didático-comunicacionais do Viva Vida em linguagem acessível aos públicos da Rede de Defesa da Vida;
2. Realizar oficinas para capacitação de referências técnicas regionais da SES em mobilização social;
3. Realizar a 2ª Oficina do Comitê Estadual de Defesa da Vida com enfoque na mobilização social;

* Comitê de Prevenção ao Óbito Fetal e Infantil
Comitê de Prevenção de Morte Materna
Comitê Interinstitucional de Aleitamento Materno

4. Organizar encontros, seminários, palestras e outros eventos com enfoque nas ações do Programa Viva Vida, dirigidas aos diversos públicos da rede;
5. Participar de encontros, seminários, palestras e congressos, cujo conteúdo inclua mobilização social, para dar visibilidade ao Viva Vida entre profissionais dessa área e possibilitar troca de experiências;
6. Publicizar a Rede de Defesa da Vida e suas ações, por meio da mídia e demais veículos de comunicação alternativos como carros de som, eventos culturais, esquetes teatrais, rituais religiosos e outros;
7. Atuar em conjunto com o Subgrupo de Mobilização Social do Comitê Estadual de Defesa da Vida;
8. Utilizar indicadores de mortalidade infantil e materna macro/microrregionais para ações de mobilização social do Viva Vida;
9. Alimentar sistematicamente a mídia sobre os objetivos e ações da Rede de Defesa da Vida;
10. Subsidiar organizações governamentais e não governamentais, entidades de classe, associações e comunidades, de abrangência municipal, sobre o Viva Vida para suas ações de mobilização social voltadas ao programa;
11. Realizar pesquisas qualitativa e quantitativa a cada etapa do processo de mobilização social do Viva Vida, criando indicadores para o monitoramento e avaliação do movimento.

Considerações finais

As ações propostas visam a somar às demais estratégias do Programa, criando a Rede de Defesa da Vida, com a qual se pretende:

1. Contribuir para a mudança da realidade da mortalidade infantil e materna em Minas Gerais, estimulando seus públicos a agirem em defesa da redução do problema;

2. Colaborar para a consolidação do Programa Viva Vida, difundindo suas ações e articulando-se junto à rede de promoção, prevenção e atenção à saúde da mulher e da criança;
3. Empoderar os atores/população para que se tornem sujeitos do processo de mobilização social do Viva Vida.

Há que ressaltar o caráter dinâmico da mobilização social, o que resulta na oscilação do nível de vinculação dos públicos, de acordo com a alternância de momentos de latência e efervescência do movimento.

Esse dinamismo com certeza exigirá que sejam feitas adequações no percurso do processo e também que novas ações sejam apresentadas, discutidas e incorporadas pelo Grupo de Mobilização Social do Viva Vida, responsável pela elaboração e execução desse projeto.

Coordenadoria de Assistência à Saúde da Mulher, da Criança
e do Adolescente/Programa VIVA VIDA:

Dra. Marta Alice Venâncio Romanini

Consultores:

Marcio Simeone

Rennan Mafra

Pedro Souza Pinto

Grupo Permanente de Mobilização Social:

Adriana Kfoury Pereira

Conceição Aparecida Gonçalves

Márcia Ângela de Deus Paschoal

Jacqueline Christina Oleto Viana

DICAS DE SITES

Comunicação/informação

Comunica Saúde

www.comunicasaude.com.br

Intercom – Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação

www.intercom.org.br

Interface Comunicação, Saúde e Educação

www.interface.org.br

Biblioteca Virtual em Saúde

www.bireme.br

SCIELO Brasil

www.scielo.br

Abrasco – Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva

www.abrasco.org.br

Web Saúde

www.websaude.inf.br

Cátedra Unesco/Umesp de Comunicação para o Desenvolvimento Regional

www.metodista.br/unesco

Blog da Rede Comsaúde Novo
www.redecomsaude.zip.net

Idec – Instituto Defesa Consumidor
www.idec.org.br

Criança e adolescente

Andi – Agência de Notícias dos Direitos da Infância
www.andi.org.br

Oficina de Imagens
www.oficinadeimagens.org.br

Pastoral da Criança
www.pastoraldacrianca.org.br

Rebidia – Rede Brasileira de Informações e Documentação sobre Infância e Adolescência
www.rebidia.org.br

Fundações

Funed – Fundação Ezequiel Dias
www.funed.mg.gov.br

(Escola de Saúde Pública de Minas Gerais/Funed)
www.esp.mg.gov.br

Fhemig – Fundação Hospitalar de Minas Gerais
www.fhemig.mg.gov.br

Fiocruz – Fundação Oswaldo Cruz
www.fiocruz.br

Funasa – Fundação Nacional de Saúde
www.funasa.gov.br

Fundação René Rachou
www.cpqrr.fiocruz.br

Fundação Carlos Chagas
www.fcg.org.br

Fundação João Pinheiro
www.fjp.gov.br

Hemominas
www.hemominas.mg.gov.br

Governo

Ministério da Saúde
www.saude.gov.br

Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais
www.saude.mg.gov.br

Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
www.pbh.gob.br/smsa/

Indicadores Básicos de Saúde DATASUS
www.datasus.gov.br

Conass – Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
www.conass.com.br

Conasems – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
www.conasems.org.br

Anvisa – Agência de Vigilância Sanitária
www.anvisa.gov.br

Conselho de Saúde
www.conselho.saude.gov.br

RETSUS – Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde
www.retsus.etsjv.fiocruz.br

Inca – Instituto Nacional do Câncer
www.inca.gov.br

Radiobrás – resumos dos jornais
www.radiobras.gov.br/sinopses.htm

Mobilização social

Mobiliza – Programa de Comunicação e Mobilização Social
www.fafich.ufmg.br/~larp/mobiliza

Abong – Associação Brasileira de ONGs
www.abong.org.br

Entreamigos – Rede de Informações sobre Deficiência
www.entreamigos.com.br

Rede de Educação Popular e Saúde
www.redepopsaude.com.br

Saúde, qualidade de vida, meio ambiente e cidadania
www.saude.com.br

Rede de informações para o terceiro setor
www.rits.org.br

Centro de Medicina Popular
www.cnmp.org.br

Ecos – Comunicação e Sexualidade
www.ecos.org.br

Servas – Serviço Voluntário de Assistência Social
www.servas.org.br

Mulher

Amigas do Peito

www.amigasdopeito.org.br

Rede Saúde – Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos

www.redesaude.org.br

Câncer de Mama

www.cancerdemama.org.br

Amamentação on-line

www.aleitamento.org.br

Comissão de Cidadania e Reprodução

www.ccr.org.br

Sociedade Civil para o Bem-Estar Familiar

www.bemfam.org.br

Trabalho

Saúde e Trabalho

www.saudeetrabalho.com.br

LER – Lesões por Esforço Repetitivos

www.sescsp.com.br

