



Saberes em Saúde, Ciência e Comunicação

Maria Lúcia Rangel-S, Jane Mary Guimarães e Adroaldo Belens
(ORGANIZADORES)

Saberes em Saúde, Ciência e Comunicação

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

REITOR João Carlos Salles Pires da Silva

VICE-REITOR Paulo Cesar Miguez de Oliveira



E D U F B A

EDITORA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

DIRETORA Flávia Goulart Mota Garcia Rosa

CONSELHO EDITORIAL

Alberto Brum Novaes

Angelo Szaniecki Perret Serpa

Caiuby Alves da Costa

Charbel Niño El Hani

Cleise Furtado Mendes

Dante Eustachio Lucchesi Ramacciotti

Evelina de Carvalho Sá Hoisel

José Teixeira Cavalcante Filho

Maria do Carmo Soares Freitas

Maria Vidal de Negreiros Camargo



Fundação de Amparo
à Pesquisa do Estado da Bahia

Saberes em Saúde, Ciência e Comunicação

Maria Ligia Rangel-S
Jane Mary Guimarães
Adroaldo Belens
(ORGANIZADORES)

Salvador
EDUFBA
2014

2014, autores.

Direitos para esta edição cedidos à Edufba.

Feito o depósito legal.

Grafia atualizada conforme o Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa de 1990, em vigor no Brasil desde 2009.

CAPA E PROJETO GRÁFICO Edson Nascimento Sales

NORMALIZAÇÃO Diego Santana Rocha de Jesus

REVISÃO Tainá Amado

SISTEMA DE BIBLIOTECAS – UFBA

Saberes em saúde, ciência e comunicação / Maria Ligia Rangel-S, Jane Mary Guimarães, Adroaldo Belens (organizadores) ; prefácio, Jairnilson Paim ; apresentação dos organizadores. - Salvador : EDUFBA, 2014.

154 p.

ISBN 978-85-232-1264-3

1. Comunicação na saúde pública - Brasil. 2. Saúde Pública - Brasil. 3. Ciência. 4. Abordagem interdisciplinar do conhecimento. I. Rangel-S., Maria Ligia, 1951-. II. Guimarães, Jane Mary. III. Belens, Adroaldo. IV. Paim, Jairnilson.

CDD - 362.10981

EDITORA FILIADA À



EDITORA DA UFBA

Rua Barão de Jeremoabo

s/n – Campus de Ondina

40170-115 – Salvador – Bahia

Tel.: +55 71 3283-6164

Fax: +55 71 3283-6160

www.edufba.ufba.br

edufba@ufba.br

Sumário

Prefácio 7

Apresentação 9

Bloco temático 1
**A comunicação como possibilidade
de resignificação de práticas em saúde**

Capítulo 1 17
**Circulação de saberes
comunitários sobre
a tuberculose em território
de Saúde da Família**
Maria Ligia Rangel-S
José Francisco Serafim
Magali Maria dos Anjos Pinto
Ivone Cerqueira

Capítulo 2 41
**A saúde nos discursos
de adultos em uma universidade pública: subsídios para ações
de comunicação**
Maria Ligia Rangel-S
Gabriela Lamego

	Capítulo 3	67
Varais de signos no itinerário do trabalho de agentes comunitários de saúde		
	<i>Maria Cecília Moraes Simonetti</i>	
	<i>Maria Ligia Rangel-S</i>	
	<i>Bloco temático 2</i>	
	Comunicação em Saúde: produção de sentidos e divulgação de conhecimentos	
<hr/>		
	Capítulo 4	95
	Antropologia fílmica e pesquisa em saúde	
	<i>José Francisco Serafim</i>	
	<i>Natália Ramos</i>	
	Capítulo 5	111
Comunicação e Saúde: objetos e metodologias inovadores em artigos científicos na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS)		
	<i>Maria Ligia Rangel-S</i>	
	<i>Jane Mary Medeiros Guimarães</i>	
	<i>Adroaldo de Jesus Belens</i>	
	Capítulo 6	133
Disseminação e divulgação científica em saúde na internet sobre o diabetes mellitus		
	<i>Cristiane de Magalhães Porto</i>	
	<i>Jane Mary Medeiros Guimarães</i>	
	<i>Adroaldo de Jesus Belens</i>	
	Currículo dos autores	153

Prefácio

ESTE LIVRO, ORGANIZADO pela prof^a Maria Ligia Rangel-S, Jane Mary Guimarães e Adroaldo Belens, marca uma retomada acadêmica do tema Comunicação e Saúde, tão caro ao campo da Saúde Coletiva, desde o início da década de 90. Após a problematização construída no final do século passado, constatou-se um dinamismo da temática, traduzido pelo lançamento da revista *Interface – Comunicação, Saúde, Educação* e pela organização de um grupo de trabalho específico na Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco). Nos últimos anos, porém, havia certa percepção de um refluxo na crítica e nos debates. Nesse sentido, esta publicação indica a revitalização das reflexões e de referenciais teórico-metodológicos no desenvolvimento de investigações concretas.

A análise dos discursos valorizada pelas pesquisas qualitativas, seja tomando como referência os conceitos de ideologia, representação social ou *habitus*, aponta para uma explicação do vivido em primeira mão, sem uma elaboração do sujeito entrevistado. Trata-se de uma espécie de pedra bruta que não passou por uma lapidação, diante da imposição de problemática em certas situações. Deve ser lembrado que as ideias dominantes de uma sociedade são as ideias das classes dominantes. Reduzir a promoção da saúde a condutas individuais, como controle alimentar e atividade física, mencionados em algumas falas de entrevistados, revela a reprodução da ideologia dominante que mascara a concentração do poder, riqueza e saber no capitalismo como determinantes de riscos e danos à saúde. Se os entrevistados ignoram as relações sociais produtoras das iniquidades na saúde e das agressões ao meio ambiente, seu discurso merece discussão da mesma forma que foi criticada a postura dos agentes comunitários de saúde (ACS) quando não consideram as relações de gênero. Assim, o senso comum exibido por esses trabalhadores nos diálogos com pessoas das famílias no território, especialmente mulheres, parece transformar a entrevista em interrogatório, inquérito ou inquisição, reproduzindo prescrições, mas ignorando indícios de situação de violência doméstica e a determinação social do processo saúde-doença.

Portanto, os resultados das pesquisas sistematizados nesta publicação ressaltam a pertinência de entender o trabalho e a comunicação em saúde enquanto práticas reflexivas e, como tais, passíveis de crítica e correção na perspectiva da ética, da qualidade e da efetividade. Para além da consciência mágica sobre as tecnologias de

informação e comunicação (TIC), quando são reificadas como balizadoras das nossas vidas, ou mesmo da consciência ingênua em que se levantam possíveis efeitos colaterais do seu uso excessivo, causando dependência como se fossem drogas, os capítulos do livro propiciam a construção de uma consciência crítica através da qual tais tecnologias possam ser contextualizadas, questionadas e politizadas, em vez de serem examinadas como coisas em si. É certo que muitos passos ainda precisam ser dados nessa perspectiva crítica, mas este livro já abre caminhos promissores.

Outubro de 2013

Jairnilson Paim

Apresentação

A **PRODUÇÃO DE** conhecimentos na interface entre os campos da Comunicação e da Saúde é ainda recente no Brasil, em especial na região Nordeste do país. Embora se multipliquem no país programas de ensino e pesquisa, é crescente a produção ainda concentrada nas regiões Sul e Sudeste. Este livro foi desenvolvido a partir do esforço conjunto de pesquisadores das áreas de Saúde e de Comunicação, em especial da Universidade Federal da Bahia (UFBA), motivados na busca de novos referenciais teórico-metodológicos capazes de contribuir para a superação das formas tradicionais de pensar e fazer comunicação em saúde. O livro traz resultados de pesquisas realizadas pelos autores no período de cinco anos. São pesquisas originais e relevantes, tendo em vista a parca produção na área e a necessidade de reflexão do papel da Comunicação nas práticas de Saúde. A questão que norteia a sua organização refere-se à Comunicação em Saúde como um campo de circulação e disputa de saberes, que são representações sociais produzidas por diferentes atores, os quais lhes atribuem sentidos. Interroga-se: o que são os saberes em Saúde? Como se configura a circulação de saberes em Saúde? Como a Comunicação interfere na construção de sentidos e, ao mesmo tempo, na produção desses saberes?

Tem-se em conta a complexidade do que se poderia definir como o cenário da Saúde: os sistemas, os serviços, as práticas institucionais e comunitárias; e os meios e espaços por onde circulam informações e conhecimento, de modo a configurar e organizar as relações sociais nesse campo. A análise dos saberes circulantes em saúde pode evidenciar questões presentes nas relações cotidianas, sejam elas mediadas pelo poder ou por questões ideológicas que estigmatizam, neutralizam, naturalizam, culpabilizam, subordinam ou emancipam sujeitos em interação, ou, ainda, possibilitam a concentração do saber em certos atores sociais que tradicionalmente ocupam o lugar de detentores da verdade ou sua democratização. Assim, a circulação e apropriação de saberes podem ou não contribuir para transformar modos de subjetivação e manifestarem-se nas ações comuns e na formação de novas redes de comunicação.

Os saberes em saúde se constroem na individualidade e na coletividade de atores envolvidos no campo social, no contexto concreto da sociedade contemporânea. Nesta, o compartilhamento de saberes se articula cada vez mais através de redes telemáticas, com a tendência dos sujeitos a utilizarem meios que privilegiam a

conexão em rede e que permitam maior rapidez e abrangência na sua disseminação. Desse modo, o modelo biomédico expande-se no tecido social, mostrando-se em evidência em uma realidade em que a doença sobrepõe-se à vida, e o consumo de tecnologias médicas sobrepõe-se à proteção e promoção da saúde. Todavia, diferentes concepções se entrelaçam nas relações sociais e históricas, determinando saberes e práticas articuladas ao cuidado de si, de modo a organizar, determinar e orientar formas de viver.

Olhar a saúde sob a dimensão da vida e não da doença requer novos modos de subjetivação pelos quais se evidenciem concepções do viver, e não somente o processo saúde-doença. A forma de viver sedimentada, entendida como um construto sociocultural, articula-se com a produção de conhecimento na Saúde Coletiva e demanda ações de comunicação que contribuam com a circulação e apropriação desses conhecimentos.

A emergência de práticas multidisciplinares, interdisciplinares e transdisciplinares apontam para uma perspectiva que integra diferentes discursos e práticas no campo da Saúde Coletiva, concretizando-se em instituições e no cuidado, na contracorrente da dominância do modelo biomédico, eminentemente curativo e centrado no médico e no hospital. Tal perspectiva aponta para a possibilidade de mudança para um modelo em que a saúde esteja em evidência em todos os processos do viver humano, ou seja, buscando-se a integralidade da atenção em Saúde. Para isso, é imprescindível romper com práticas altamente especializadas e fragmentadas.

Diversas práticas em Saúde repousam sobre saberes de diferentes culturas e etnias que não são consideradas, ou pelo menos encontram-se historicamente silenciadas pelo saber biomédico. Contribuições importantes emergem das Ciências Sociais que evidenciam outras racionalidades do cuidado à saúde na prática cotidiana. Contudo, no campo da Saúde naturalizam-se prescrições de hábitos, cuidados, determinações sobre o viver das pessoas, sem que estas tomem posse desses conhecimentos como sujeitos que podem interferir no seu processo do cuidado e na própria produção de verdades científicas.

A cultura científica pressupõe uma dinâmica que compreende os setores produtores de conhecimento: as instituições com seus pesquisadores; o ensino de Ciências com seus professores e alunos; e as políticas públicas de Ciência e Tecnologia (C&T), contemplando as tecnologias de informação e comunicação (TIC), que divulgam conhecimento em Saúde através dos meios massivos.

Faz-se necessário compreender a tessitura da sociedade, a partir das redes que se interligam, como elemento inseparável das práticas sociais e das instituições no campo da Saúde. É nesse sentido que o livro *Saberes em Saúde, Ciência e Comunicação* busca aprofundar a produção acadêmica com foco na Comunicação e Saúde, como categoria de produção e divulgação de conhecimento, tendo como fio condutor as práticas e saberes nesse campo. O contexto dessa produção e a sua relevância se articulam em rede colaborativa e se disseminam em diferentes meios, especialmente na internet, que tem se constituído como um canal para a divulgação de práticas sistematizadas, estudos e pesquisas no campo de Saúde.

Iniciativas acadêmicas em serviços de Saúde têm produzido, desde a década de 90 do século XX, uma reflexão crítica sobre os modelos de comunicação inseridos no projeto ético-político da Reforma Sanitária e do Sistema Único de Saúde (SUS). São esforços para a formulação de políticas de comunicação em diversos espaços institucionais, no sentido de modificar as práticas cotidianas. Enfrenta-se o desafio para o desenho de políticas de Comunicação que sejam dialógicas, participativas e capazes de dialogar com os distintos universos culturais no campo da Saúde.

Cabe ainda interrogar: como a produção científica se reflete na construção de saberes e práticas em Saúde? E, também, a interface entre o campo de Saúde e Comunicação é objeto de reflexão das práticas em Saúde?

Esta coletânea, com característica multidisciplinar, pode oferecer alguns elementos que possibilitem refletir sobre essas questões. Para isso, divide-se em dois blocos temáticos, com a finalidade de organizar suas análises em eixos, constituídos, cada um, por três capítulos, do campo de Comunicação e Saúde.

No Bloco Temático 1, *A comunicação como possibilidade de resignificação de práticas em Saúde*, são analisadas as práticas e saberes em Saúde a partir de discursos que produzem sentidos nas interações entre os trabalhadores de Saúde com os residentes de um bairro popular de Salvador; como os adultos, funcionários de uma universidade, percebem a sua saúde e o processo de cuidado de si e do outro; como agentes comunitários de saúde (ACS) interpretam signos e significados em seu território de trabalho cotidiano. No capítulo 1, "Circulação de saberes comunitários sobre a tuberculose em território de Saúde da Família", os autores Maria Ligia Rangel-S, José Francisco Serafim, Ivone Cerqueira e Magali Pinto recortam os saberes circulantes que se expressam em vozes da comunidade, adultos e jovens, doentes e não doentes, observando-se aqueles que fundamentam o estigma da doença.

Este texto discute os resultados da pesquisa *Estratégias de Informação, Comunicação & Saúde. Metodologia de Comunicação no programa de controle da tuberculose em Salvador, Bahia*. No capítulo 2, “A saúde nos discursos de adultos em uma universidade pública: subsídios para ações de comunicação”, as autoras Maria Ligia Rangel-S e Gabriela Lamego analisam os discursos sociais sobre a saúde, identificando os significados atribuídos ao significante “saúde”, para compreender os repertórios de sujeitos trabalhadores, e como os adultos brasileiros vivenciam a experiência com a saúde e a doença ao longo da vida, o cuidado de si e do outro. No capítulo 3, “Varais de signos no itinerário do trabalho de agentes comunitários de saúde”, as autoras Maria Cecília Moraes Simonetti e Maria Ligia Rangel-S analisam a atribuição de sentidos para signos identificados no itinerário dos ACS, a partir dos achados de um estudo de cunho etnográfico, e como a construção de gênero é operada por discursos enunciados em interações de ACS com residentes de um bairro popular de Salvador.

No Bloco Temático 2, *Comunicação e Saúde: recursos à produção de sentidos e a divulgação de conhecimento*, analisa-se a contribuição para os estudos em Saúde a partir da antropologia fílmica, assim como a disseminação de conhecimento sobre o diabetes no Telessaúde e as publicações com metodologias inovadoras na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). No capítulo 4, “Contribuições da antropologia fílmica em Saúde”, os autores José Francisco Serafim e Natália Ramos analisam a utilização da imagem em movimento na pesquisa em Saúde, como desafios e modificações ao nível da observação, descrição, linguagem e análise da comunicação, contribuindo para o desenvolvimento do conhecimento, tanto ao nível da pesquisa quanto no âmbito da intervenção e da formação em Saúde. Realiza, também, uma análise minuciosa e global, articulando a compreensão da relação entre as representações e as práticas, onde a Comunicação aparece nas suas diferentes perspectivas e dimensões. No capítulo 5, “Comunicação em Saúde: objetos e metodologias inovadores em artigos científicos na biblioteca virtual de saúde (BVS)”, os autores Maria Ligia Rangel-S, Jane Mary Guimarães e Adroaldo Belens analisam as metodologias classificadas como inovadoras em um conjunto de artigos acerca da interface Comunicação e Saúde. A partir de um levantamento de dados bibliográfico na base de dados da BVS, teve-se como foco trabalhos que disseminavam o conhecimento em Saúde, os olhares e possibilidades para a inovação metodológica na pesquisa sobre o tema em Comunicação e Saúde. No capítulo 6, “Disseminação e divulgação científica em Saúde na internet sobre o *diabetes mellitus*”, os autores Cristiane Porto,

Adroaldo Belens e Jane Mary Guimarães analisam a difusão de ciência em Saúde pela internet sobre o *diabetes mellitus* a partir do mapeamento de alguns *sites*, verticalizando uma descrição detalhada do programa Telessaúde Brasil Redes, núcleo São Paulo, de modo que o leitor perceba a importância de uma boa divulgação de ciência em Saúde na internet para a formação de uma cultura científica no campo da Saúde Coletiva.

Desse modo, os organizadores apresentam alguns resultados de esforço de aproximação da complexa interface Comunicação e Saúde, querendo compreendê-la e compartilhar suas incursões analíticas com o leitor, com quem esperam contribuir para a construção do campo.

•
Maria Ligia Rangel-S
Jane Mary Medeiros Guimarães
Adroaldo de Jesus Belens

Bloco temático 1

**A comunicação como possibilidade
de resignificação de práticas em saúde**

Capítulo 1

**Circulação de saberes
comunitários sobre
a tuberculose em território
de Saúde da Família**

Maria Ligia Rangel-S
José Francisco Serafim
Magali Maria dos Anjos Pinto
Ivone Cerqueira

Introdução

ESTE TEXTO DISCUTE os resultados da pesquisa *Estratégias de Informação, Comunicação & Saúde: metodologia de comunicação no programa de controle da tuberculose em Salvador, Bahia*, mediante a qual se desenvolveu uma proposta metodológica de informação e comunicação para apoiar ações de controle da tuberculose em Salvador, em serviços de atenção básica à saúde. A pesquisa foi desenvolvida no centro histórico de Salvador (CHS), no período de 2009 a 2010, com o objetivo de mapear os saberes sobre a tuberculose e os recursos sociais e comunitários para ações de comunicação em saúde, visando problematizar a interação comunicativa entre profissionais de saúde em comunidade, em torno do controle da doença, com a proposição de metodologias interativas e dialógicas.

A pesquisa foi motivada por demandas oriundas de serviços de saúde, que requerem a reflexão crítica acerca de modelos biomédicos de interpretação da doença e intervenções sustentadas em modelos de comunicação informacional, calcados em teorias da propaganda política, e teorias da persuasão, visando mudanças de comportamento, mediante o convencimento. A problemática inclui o expressivo investimento financeiro em campanhas e projetos de comunicação de alcance massivo e público, que deixam de considerar as múltiplas dimensões dos processos de produção, difusão, circulação e apropriação de saberes, práticas e atitudes em saúde.

As iniciativas de divulgação de informações técnico-científicas dirigidas a profissionais e à população são recorrentes, especialmente por parte do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), do Ministério da Saúde, centradas nesses modelos na busca para controlar a endemia. De outro modo, o Fundo Global Tuberculose Brasil tem diversificado e regionalizado suas estratégias de divulgação de informações. Assim, mediante a produção e distribuição de *folders*, cartazes, cartilhas e vídeos, espera-se alcançar um maior conhecimento da sociedade sobre a tuberculose.

Vários produtos comunicativos circulam na sociedade brasileira, oriundos principalmente de campanhas, trazendo conteúdos técnicos sobre a sintomatologia e enfatizando a necessidade da busca por serviços de saúde para a realização dos exames para o diagnóstico. As ações de comunicação são pontuais, com o objetivo de sensibilizar a população, porém desconsideram os complexos processos de atribuição

de sentido a informações veiculadas sobre a doença, o estigma e preconceito que a acompanham, a distância entre os saberes científicos e o senso comum, e as especificidades da tuberculose, doença milenar que carrega marcas de sua historicidade. Se as ações educacionais em saúde se defrontam com barreiras situacionais, cognitivas e culturais, às vezes intransponíveis, no país, no caso da tuberculose, estas se agravam em função de sua história.

Sánchez e Bertolozzi (2004), estudando acerca desse conhecimento entre estudantes universitários, encontraram que 79,2% dos entrevistados sabiam o que era tuberculose, 63% conheciam a sintomatologia, 84% sabiam se tratar de doença transmitida pessoa a pessoa e 78,3% responderam que havia possibilidade de cura. A pesquisa destaca que 56,6% desconheciam o agente causal e um quarto dos 67,9% que referiram já ter ouvido falar da doença teriam sido em instituição de ensino. Quase a metade dos entrevistados não sabia a que serviço recorrer para a realização de exames, e 20,8% dos alunos referiram não saber sobre a doença, considerando, inclusive, sua inexistência no cenário epidemiológico. Os autores destacam que o estudo revela pontos de vulnerabilidade acerca do conhecimento sobre a enfermidade, especialmente tendo-se em conta que o grupo estudado é aparentemente diferenciado, uma vez que, em tese, sua inserção em instituições de ensino superior (IES) propiciaria condições mais favoráveis ao acesso a informações sobre a tuberculose.

A pesquisa de Souza, Natal e Rozemberg (2005) sobre conhecimentos de profissionais e usuários de serviços sobre a tuberculose, no Rio de Janeiro, focalizou a etiologia da doença, a experiência direta com a mesma, conhecimentos sobre prevenção, conteúdos relevantes para a comunicação sobre a doença, e sugestões de meios e estratégias de comunicação. As autoras observam que os saberes científicos e os populares estão em desencontro, o que interfere no processo comunicativo em torno da tuberculose. Ressaltam a importância de considerar, nos processos educativos, as diferentes visões de mundo e os diversos saberes, através do estímulo à interação entre profissionais de saúde e pacientes.

Esta pesquisa é parte de um estudo que mapeia os saberes circulantes em um território de elevada prevalência da doença em Salvador, no Estado da Bahia, incluindo diferentes vozes que compõem a polifonia social em torno do tema: profissionais de saúde, membros da comunidade (pessoas afetadas ou não) e veiculações pelo jornal impresso de maior circulação na cidade e no estado.

Neste texto, são apresentados os saberes circulantes que se expressam em vozes da comunidade, adultos e jovens, afetados ou não pela doença, observando-se aqueles que fundamentam o estigma e o preconceito em torno da doença.

Recursos teórico-metodológicos

PARA COMPREENDER OS saberes circulantes sobre a doença, toma-se como referencial teórico-metodológico as formulações de Boaventura de Santos (1988) acerca dos saberes sociais. O autor reconhece o caráter totalitário do modelo de produção do conhecimento científico dominante, afirmando que a sua racionalidade científica nega o caráter racional a outras formas de conhecimento que não seguem os seus princípios epistemológicos e suas regras metodológicas. Estas são definidas em modos específicos nos diferentes momentos da história, mas dão lugar a dominação, arrogância e prepotência, que são atributos utilizados pelo autor ao desenvolver argumentos em sua crítica à ciência moderna.

Segundo Santos (1988), para uma ciência que pretende romper com o paradigma positivista tradicional, todo o conhecimento científico visa constituir-se em senso comum, pois é mediante o conhecimento deste – o conhecimento vulgar e prático – que orientamos as nossas ações e damos sentido à nossa vida cotidiana. Nesse sentido, a divulgação científica, seja ela feita através de campanhas ou outras estratégias de comunicação, seria uma forma de buscar a sensocomunicação do conhecimento científico. Isto é o que se poderia esperar em relação ao conhecimento científico acumulado nas últimas décadas sobre a tuberculose, que se configura como objeto deste estudo, no qual se observa a aproximação ou distanciamento desses conhecimentos.

A possibilidade de desconstrução de relações de hierarquia de saberes entre técnicos e cientistas, as quais se expressam também entre profissionais de saúde e população usuária dos serviços de saúde, deve ser considerada. O fato de a ciência moderna ter se construído contra o senso comum, considerando-o superficial, ilusório e falso, como ressalta Santos (1988), é que pode explicar a ignorância atribuída por cientistas, técnicos e profissionais de saúde às pessoas da comunidade que não se apropriaram dos conhecimentos científicos. Santos ressalta que “[...] é certo que o

conhecimento do senso comum tende a ser um conhecimento mistificado e mistificador mas, apesar disso [...], tem uma dimensão utópica e libertadora que pode ser ampliada através do diálogo com o conhecimento científico". (SANTOS, 1988, p. 21)
Isso porque o conhecimento do senso comum

[...] faz coincidir causa e intenção; subjaz-lhe uma visão do mundo assente na acção e no princípio da criatividade e da responsabilidade individuais. O senso comum é prático e pragmático; reproduz-se colado às trajectórias e às experiências de vida de um dado grupo social e nessa correspondência se afirma viável e securizante. O senso comum é transparente e evidente; desconfia da opacidade dos objectivos tecnológicos e do esoterismo do conhecimento em nome do princípio da igualdade do acesso ao discurso, à competência cognitiva e à competência linguística.

O senso comum é superficial porque desdenha das estruturas que estão para além da consciência, mas, por isso mesmo, é exímio em captar a profundidade horizontal das relações conscientes entre pessoas e entre pessoas e coisas. O senso comum é indisciplinar e imetódico; não resulta de uma prática especificamente orientada para o produzir; reproduz-se espontaneamente no suceder quotidiano da vida. O senso comum aceita o que existe tal como existe; privilegia a acção que não produza rupturas significativas no real. Por último, o senso comum é retórico e metafísico; não ensina, persuade. (SANTOS, 1988. p. 21)

Contudo, destaca o autor, se "[...] deixado a si mesmo, o senso comum é conservador e pode legitimar prepotências, mas interpenetrado pelo conhecimento científico pode estar na origem de uma nova racionalidade". (SANTOS, 1988, p. 21)

Trata-se então de orientar-se a uma inversão da ruptura epistemológica, em um movimento do conhecimento científico, para dar um salto qualitativo na direcção do senso comum e não deste na direcção daquele. Assim, Santos defende que a condição de realização do conhecimento científico é tornar-se senso comum, tornar-se autoconhecimento e traduzir-se como sabedoria de vida:

O conhecimento científico pós-moderno só se realiza enquanto tal na medida em que se converte em senso comum. Só assim será uma ciência clara que cumpre a sentença de Wittgenstein, 'tudo o que se deixa dizer deixa-se dizer claramente'. Só assim será uma ciência transparente que faz justiça ao desejo de Nietzsche ao dizer que 'todo o comércio entre os homens visa que cada um possa ler na alma do outro, e a língua comum é a expressão sonora dessa alma comum.' (SANTOS, 1988, p. 21)

Portanto, cabe ao conhecimento científico divulgar-se, no sentido de tornar-se vulgar/comum. Requer, portanto, processos de comunicação que se afastem de uma mera transmissão de informações, mas que a tenha como processo interativo e dialógico.

Entende-se, também, apoiado na hermenêutica, tal como propõe Rorty (1979 apud RABINOW, 2002), que o conhecimento não é uma representação acurada da realidade, possível através de processos mentais e inteligíveis. O autor ressalta que a conversação entre indivíduos e culturas se dá em contextos que são moldados pela história, pela cultura, pela política e práticas sociais, parcialmente discursivas, que constituem as relações sociais. Rabinow (2002) busca em Foucault a análise do problema das representações, a qual as remete às práticas sociais e políticas que constituem o mundo moderno, com preocupações que distinguem a ordem, a verdade e o sujeito. As ideias em Foucault tomadas como práticas sociais atingem a noção de ideologia, tornando-a problemática. (RABINOW, 2002)

Segundo Rabinow (2002), Foucault chamou de regime de verdade e falsidade a algo que é, ao mesmo tempo, componente e produto de práticas sociais. Assim, compreende-se que as relações de poder são subsumidas nas construções sociais e históricas da verdade. Dessa ideia, caberia interrogar qual o regime de poder e de verdade que circunda a saúde e a doença? E a tuberculose? Nesse caso, a despeito da ampliação da percepção dos determinantes sociais da doença, definidos como precárias condições de moradia, hábitos alimentares, acesso a bens e serviços, fome e miséria, o poder é o das ciências biomédicas a ditar o tratamento medicamentoso da doença, sem o devido tratamento social, as ações sobre os determinantes sociais da doença e a (possível?) promoção do equilíbrio entre o agente e o hospedeiro.

Como a tuberculose existe a mais de 5 mil anos e sua representação social varia ao longo da história da humanidade (PORTO, 2007), acreditando-se que irá permanecer ainda por muito tempo como parte das doenças que acometem o mundo, espera-se certa permanência das representações sociais da doença que já atravessaram séculos. Os avanços científicos e tecnológicos sobre a doença ocorridos no século XX levaram à identificação do agente etiológico, o bacilo de Koch, e ao desenvolvimento de tecnologias específicas para o tratamento da doença, a antibioticoterapia, enquanto também se vinculou a doença, em sua expressão na coletividade, a questões relacionadas às desigualdades sociais. A despeito disso, estudos sobre as representações sociais identificam que a tuberculose segue estigmatizada, sugerindo o aprisionamento dos saberes a um mesmo regime de poder e de verdade de um tempo passado, que tendem a se perpetuar, uma vez que se desconsiderem os conhecimentos de outros campos disciplinares, como a Antropologia, a Sociologia,

a Epidemiologia e a História, muito além do saber biomédico e que podem contribuir para intervir sobre fatores sociais e culturais, expandindo-se as ações para a abordagem da doença no meio socioambiental.

Não resta dúvida de que o processo de estigmatização associado à tuberculose é um aspecto importante a ser considerado (CLEMENTINO et al., 2011; WENDLING; MODENA; SCHALL, 2010) e pode encontrar suas raízes na história da doença. Embora esta tenha sido associada, em seu princípio, com um estado de refinamento do espírito almejado por artistas, a tuberculose passou a ser associada à desordem social e vida desregrada, de modo que era vista como um castigo moral àqueles que deveriam se manter afastados da vida social. (CLEMENTINO et al., 2011; PORTO, 2007) O desconhecimento das causas da tuberculose e a ineficácia do tratamento, antes do advento da terapia medicamentosa, condenavam à morte os doentes, o que justificava o horror coletivo diante da doença nesse tempo. (PORTO, 2007; SONTAG, 1984) Entretanto, a despeito de todos os recursos disponíveis para tratamento e cura desta enfermidade atualmente, os conhecimentos desses tempos passados ainda permanecem cristalizados no imaginário popular, de modo a fundamentar e reforçar o estigma. Na prática, isso se traduz em obstáculos na detecção de novos casos, no exame de seus familiares e de outras pessoas comunicantes, além de interferir na decisão do paciente em buscar o serviço de saúde e cumprir o tratamento por completo, o que, em última instância, pode contribuir para o aumento do risco de transmissão e da morbimortalidade da tuberculose, dificultando seu controle.

O desenvolvimento do conceito de estigma é analisado por Yang e colaboradores (2007), que o traçaram a partir da contribuição de vários autores e mostraram como as definições, em geral, descrevem o processo de estigmatização como relacional, ou seja, o estigma é socialmente construído e, portanto, não está localizado inteiramente dentro do estigmatizado, mas sim dentro de um contexto social que define um atributo como desvalorizante. Há também definições que consideram a influência do poder na determinação da susceptibilidade e possível resposta ao estigma, e aquelas que incluem a discriminação estrutural, representando um passo crítico em direção à visão do estigma como processo e criação de poder estrutural. Um exemplo disso foi observado em um estudo sobre manifestações de estigma relacionado à tuberculose, dentro de um sistema de saúde o qual mantinha a unidade para tratamento da tuberculose em um setor mais afastado, com horário de atendimento específico e no qual já não havia tantas pessoas, cuja alocação de um

profissional de saúde para este setor era vista como um castigo. (DODOR; KELLY, 2010) Assim, o estigma se manifesta tanto em procedimentos administrativos, como em comportamentos e atitudes voltadas para os pacientes e para os profissionais que trabalham no setor de atendimento dos casos de tuberculose.

Portanto, torna-se imprescindível que os profissionais e gestores de saúde considerem esse universo de percepções da tuberculose, organizando o atendimento e orientando corretamente o indivíduo acometido pela doença e seus familiares, para não estimular o processo de estigmatização da doença e isolamento do doente nos próprios serviços de saúde, bem como o abandono do tratamento, tendo em vista a relação encontrada, por alguns estudos, entre conhecimentos, percepções e atitudes da população e a busca de serviços de saúde, cumprimento do tratamento completo e impactos sociais da tuberculose. (BARBERO; HERNÁNDEZ, 2009; BAYER, 2008)

Métodos e técnicas

Os métodos e técnicas utilizados neste estudo, para a aproximação aos saberes circulantes sobre a tuberculose, são aqueles tradicionais da pesquisa qualitativa, combinados com inovações metodológicas que propiciam a participação dos sujeitos na pesquisa, através da ludicidade, para a produção de dados qualitativos, de modo a cercar o objeto da pesquisa, abrangendo suas diferentes facetas. Assim, os saberes sobre a tuberculose oriundos de sujeitos da comunidade, doentes e não doentes, foram acessados mediante ambas as abordagens.

A aproximação aos saberes comunitários se deu mediante a realização de dois grupos focais (GF), com lideranças comunitárias e seis entrevistas semiestruturadas com membros da comunidade do CHS. Dos grupos focais, participaram seis adultos, três em cada GF, todos lideranças comunitárias, na faixa etária em torno de 40 anos, sendo apenas uma mulher. Das entrevistas, participaram um líder comunitário (Alberto); uma assistente social (Ana) de uma organização não governamental (ONG) que atua no território do estudo; uma psicóloga (Beatriz) e uma pedagoga (Adele), que atuavam em um Centro de Referência de Assistência Social; uma senhora (dona Ione), mãe de filhos portadores da doença; e um morador, portador da doença. Nesta análise não foram incluídos os profissionais de saúde que atuam no território. Todos os nomes utilizados são fictícios, com o objetivo de

preservar a identidade dos colaboradores da pesquisa. Estes foram informados dos objetivos da pesquisa, consentiram em participar da mesma e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Os grupos focais foram realizados na instituição onde se desenvolveu a pesquisa e as entrevistas semiestruturadas nos espaços comunitários e nas ONGs. Foi utilizada uma ficha de inscrição em grupo focal para o registro dos participantes. Um guia temático, previamente elaborado, norteou as discussões dos grupos focais, e um roteiro norteou as entrevistas individuais semiestruturadas.

As entrevistas foram realizadas em locais diversos no território (domicílio, local de trabalho, etc) e as oficinas lúdicas com os jovens em instituição de ensino e de assistência social local. Todas as entrevistas e grupos focais foram videogravadas e transcritas para a análise com o devido consentimento dos participantes.

Ainda, recorreu-se a atividades lúdicas para acessar os saberes de jovens e adultos que frequentavam uma ONG. Consideramos, a partir da obra de Johan Huizinga, *Homo Ludens* (2000), que a atividade lúdica tem uma função significativa, que possui algo “[...] que transcende as necessidades imediatas da vida e confere um sentido à ação.” (HUIZINGA, 2000, p. 5) O lúdico proporciona um momento de suspensão do cotidiano para dar lugar à imaginação. Assim, optou-se por propiciar espaços lúdicos de narração dos saberes sobre a doença, mediante duas oficinas de criação, em que foram oferecidas condições para a elaboração de histórias em quadrinhos e a representação teatral de um programa de TV, ambos de livre criação, com roteiro e conteúdos produzidos pelos participantes, sem a interferência dos pesquisadores.

Os resultados são apresentados a seguir, distinguindo-se os discursos de pessoas afetadas diretamente ou indiretamente pela doença e os que não tiveram experiência próxima com ela. Foram considerados os seguintes aspectos específicos: causa e transmissão da doença; prevenção; tratamento ou cuidado; e meios e fontes utilizados para obter informação sobre saúde, doença, e tuberculose em particular.

Saberes da tuberculose na comunidade entre os que não conviveram com a doença

Considerando-se os saberes sobre as causas e transmissão da doença, evidenciou-se que esta é vista como resultante “[...] do descaso de pessoas desregradas consigo próprias, com baixa autoestima” (Alberto, líder comunitário), contudo essa ideia não

se vincula à punição e isolamento, ao contrário, o doente é visto como alguém que necessita “de atenção, carinho, amor da família”, reconhecendo-se que doença tem cura e que os doentes necessitam de apoio. (Alberto)

No mesmo sentido, Ana (assistente social), em entrevista, declara que a doença é causada pela fragilidade do ser humano, pela degradação das condições de vida. Mas afirma que não sabia que a tuberculose tem cura: “[...] pra mim era um tratamento [...] essa pessoa ia fazer um tratamento, mas ia morrer [...] não sabia da cura [...] não sabia!” Ana tomou conhecimento de que a doença tem cura somente durante a entrevista, perguntando à entrevistadora. Declarou que quando uma pessoa falava que tinha tuberculose, ela pensava: “Pronto! Vai morrer!”

A noção de que a doença está associada às desigualdades sociais aparece na entrevista de Adele (pedagoga), que a percebe atingindo mais as “classes mais baixas”, comunidades carentes e pessoas humildes. Ela vê a doença ligada à higiene e à “falta de noções, de informação”.

Constata-se que o que faz a informação sobre a tuberculose circular no território é o “boca a boca” – quando se tem conhecimento de que alguém no território está com a doença –, dando lugar ao surgimento de comentários, geralmente sobre um morador de rua. Diante disso, os entrevistados se ressentem de informações nos meios de comunicação, principalmente na televisão, onde se fala muito de aids, mas nada de tuberculose, assim como não há campanhas. Considera-se que há excesso de violência na TV e poucas informações sobre essa doença, tampouco são levadas informações às escolas.

As dúvidas sobre a transmissão da doença parecem ser generalizadas. Beatriz (psicóloga) pensa na tuberculose como uma doença “pouco informada”, o que levaria as pessoas a acreditarem que, quando uma pessoa está com tosse, é tuberculose.

No geral, todos os entrevistados admitem que o agente causador é um vírus ou uma bactéria (alguns não diferenciam: seria um vírus ou uma bactéria?), que são transmitidos pelo contato das vias respiratórias. Contudo, durante as entrevistas, tanto individuais como em grupos focais, os entrevistados lançavam suas dúvidas sobre a transmissão, ou aquilo que consideram mitos, mas queriam saber se era correto pensar, como tal: “[...] pisar no catarro de um tuberculoso pode ser um possível transmissor?”; “a tuberculose se transmite pela água; ou se uma pessoa sentar no lugar que o doente sentou?” Tanto nas entrevistas individuais como nos grupos focais com adultos e nas oficinas de criação com os jovens, surgiram crenças de que a tuberculose se transmite pela água ou através do contato direto nos locais onde uma pessoa doente sentou.

Encontra-se com frequência a crença de que é uma bactéria que afeta os pulmões, geralmente deixando as pessoas fracas, com tosse, e que se transmite pelo contato com utensílios domésticos dos doentes: *“Ah, não pegue no copo da pessoa, evite ‘tá’ usando uns materiais que essa pessoa usa”* (Adele) e que é necessário *“se proteger do vento, do sereno”* (Adele). Acrescenta-se a crença de que a má alimentação conduz à tuberculose.

Quando indagados sobre os cuidados para prevenir a doença, todos sabem que se trata de uma doença contagiosa e remetem a noção de prevenção aos cuidados práticos com a pessoa doente, como separar os objetos pessoais (copo, prato, talheres, etc), ou evitar ficar *“exposta ao sereno”* (Ana); enquanto restam dúvidas quanto à alimentação adequada.

Adele enfatiza o uso da máscara por parte dos profissionais que lidam com pessoas com o sintoma, enquanto a vacina bacilo Calmette-Guérin (BCG) não parece ter grande credibilidade como agente de prevenção, embora se saiba que tem que ser tomada na infância.

O que parece fundamentar o estigma é o conhecimento de que se trata de uma doença contagiosa, geralmente se desconhecendo como é transmitida, e a crença de que a prevenção reside principalmente em afastar-se do doente, o qual deve ser isolado, e de seus utensílios, uma crença do século XIX, quando os mecanismos de transmissão da doença ainda não eram conhecidos. Esse conhecimento continua presente no imaginário dessas pessoas, evidenciado em diversas falas.

Nesse sentido, a psicóloga Beatriz diz que quando ouve falar em tuberculose, o que lhe vem à mente é *“contágio, contágio [...] Cuidado. Tenha cuidado porque é uma doença contagiosa.”* Ela ressalta o seu medo da doença quando era criança e hesita para expressar como vê a doença atualmente. Mesmo sabendo que é curável, considera a tuberculose *“uma doença terrível”*, mas a sua fala parece querer convencer a si mesma de que não é mais preciso temer a doença, sobretudo porque já é adulta. Contudo, não parece segura quanto ao conhecimento atual que tem sobre a enfermidade. Assim, ela eufemiza o medo, ressaltando que há um mito, e esses mitos levam-na a ter *“muito receio com isso [a doença]”*. O fato de pensar que a doença se transmite por pessoas mal-educadas que escarram no chão, na rua, contribui para que se desenvolva um sentimento de repulsa pelo doente, como afirma Beatriz: *“[...] não é nem pela tosse, é pelo escarro. Porque o escarro de qualquer forma já não é bom.”* Então, a máscara surge como elemento de proteção, contra a doença e a repulsa: *“[...] mas eu imagino que o uso de uma máscara, de luvas, seja o básico pelo menos. Se tem*

mais alguma coisa além disso [...]” (Beatriz) Diante disso, o afastamento do doente é a condição para a prevenção: *“[...] fique longe de quem tem [...]”,* recomenda Beatriz.

Sobre o tratamento, é do conhecimento do senso comum que o ele é longo e não pode ser interrompido, *“[...] porque se tiver interrupções sempre volta com mais força, e é mais difícil de controlar.”* (Beatriz) Mas as medidas de isolamento e de quarentena para tratar o doente ainda são consideradas necessárias, a despeito dos conhecimentos científicos atuais que, há muito tempo, não mais os recomendam.

Tais conteúdos surgiram também nas narrativas produzidas nas oficinas de criação com adolescentes do CHS, evidenciando que nessa comunidade circulam saberes sobre a tuberculose quase tão antigos quanto a própria doença.

O saber da doença entre os que a vivenciaram

DONA IONE É uma senhora, moradora do CHS, com idade em torno de 50 anos, cuja experiência com a doença reafirma a crença de que ela se deve à vida desregrada. Mãe de quatro filhos, habita um espaço exíguo, sem iluminação natural e sem ventilação, que oferece condições propícias à sobrevivência do bacilo no ambiente. Dos seus quatro filhos, jovens de cerca de 20 anos, dois morreram por tuberculose. Argumenta que eles não frequentaram escola, nem se fixaram ao trabalho e eram usuários de drogas.

Dona Ione tinha uma expressão facial ao responder à entrevista que poderia sugerir indiferença, pois tinha o olhar vago, raramente dirigido às entrevistadoras, embora tivesse consentido a gravação. Seu tom de voz também não denotava emoção. Parecia não estar ali. É possível que seu rosto expressasse o limite da dor da perda de dois filhos com tuberculose.

Ela atribui a doença à alimentação precária dos filhos, que *“[...] não ‘liga’ para a alimentação”;* e ao consumo de álcool e outras drogas, além da falta de cuidados com a *“frieza”* noturna e a vida desregrada.

Afirma não saber como a doença passa de um pra outro, pois não entende como os filhos tiveram a doença, mas ela, os netos e a filha não tiveram: *“[...] não sei. Se passou de um pra outro, ou se foi mesmo que teve que ter mesmo.”* Apesar de sua visão fatalista, dada pela sua experiência de perder dois filhos com a doença, dona Ione constata, também pela experiência, que *“[...] não tem problema em comer no mesmo*

prato” e acredita que a doença não se transmite assim, pois “[...] esse que faleceu mesmo, ele comia no prato comigo, comia no prato comigo, eu não tive, não pegou em mim nem nada [...]”

A falta de perspectiva da vida dos filhos, o aprisionamento ao mundo das drogas, o trabalho incerto e insalubre levaram-na a ver a doença como uma ameaça de lhe tirarem o outro filho, que aceitou o tratamento, pois segundo ela *“Deus ajudou que ele tomou os remédios tudo certinho, ficou bom [...] Mas a médica disse a ele que ele não pode ficar tomando banho de mar e nem pegando peso, mas ele pega peso, ele trabalha aqui, trabalha aculá, aí pega muito peso.”*

Dona Ione deseja saber o que causa a doença, pois da luta que é para tratar, *“ela e Deus ‘é’ que sabem”*, afirma, ressaltando a preocupação e os cuidados que teve com os filhos. Na sua visão, o maior cuidado que ela podia dar era a sua dedicação, o cuidado com a alimentação e o acompanhamento: *“[...] poder ‘tá’ em cima, pra eles ‘tá’ tomando o remédio.”*

Dona Ione diz desconhecer o que fazer para evitar a doença e afirma que nunca falaram com ela sobre isso, só do tratamento. Contudo, sentiu-se bem-atendida no hospital, mesmo quando o filho não aceitou o tratamento e fugiu, retornou e faleceu.

O entrevistado Antônio, residente do CHS, prontificou-se a relatar sua experiência de desenvolver a tuberculose associada à infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). As imagens trazidas por ele em seu relato, vinculadas à palavra tuberculose, foram a tristeza e a morte. Ele entende a tuberculose como uma doença debilitante, que *“[...] acaba muito o corpo da gente [...] parece que não vai mais se recuperar”*, além de ser carregada de preconceito, pois *“Ninguém quer saber que a pessoa fez o tratamento, ficou bom, o pessoal quer sair tudo de junto.”*

O entrevistado destaca o preconceito com a doença, pois é vítima dentro da casa da sua mãe: *“[...] porque na casa de minha mãe mesmo, eu num bebo mais água nos copos de lá, não almoço mais no prato de lá da casa dela”*; pois ela separa, mesmo sabendo que *“[...] o tratamento foi concluído certinho, minha doença não passa mais pra ninguém, mas ela não aceita, não.”* Segundo ele, *“[...] ninguém aceita, as pessoas [...] não ‘fica’ mais de junto de mim como ‘ficava’ antigamente.”*

A associação da tuberculose com o HIV potencializa não só o risco de óbito, como também o estigma, o que é ressaltado na narrativa de Antônio, tanto com relação à família como com os amigos, pois *“[...] aí muitas pessoas se afastam mais por causa*

disso também, mais com medo do HIV e pegar tuberculose [...]” Avalia sua experiência com o serviço de saúde para o tratamento da tuberculose como ótima, pois contou com o apoio da enfermeira e achou que se recuperou com rapidez, tendo cumprido corretamente os seis meses de tratamento, além de ter recebido cesta básica, remédio, ticket refeição, mantendo vínculo com a enfermeira da unidade de saúde.

Antônio mostra-se indignado com o preconceito com a tuberculose, tendo em vista o encurtamento do tratamento para seis meses e a possibilidade de cura total, mas considera ainda pior o preconceito com o HIV, levando-o a esconder sua condição de infectado.

A narrativa de Antônio sugere que ele nunca foi bacilífero, portanto, não transmitia a doença, uma vez que tinha pouca tosse e seu diagnóstico teria sido feito mediante ressonância magnética, constatando-se o diagnóstico de HIV associado. Por essa condição, o entrevistado foi também acometido de infecções pelo vírus da hepatite, do herpes, pela bactéria da sífilis, além do bacilo da tuberculose. Esta condição de multi-infecção o levou a uma experiência traumática e de indignação pelo fato de se sentir desinformado sobre a sua doença.

Antônio recebeu atendimento em vários serviços e foi tratado por vários médicos – infectologista do Centro de Referência Estadual de Aids (CREAIDS), Dra. “A”; pneumologista do Hospital Otávio Mangabeira, Dra. “B”; e uma enfermeira da unidade de saúde, além de outros médicos do hospital.

A luta pelo direito de saber e as contradições da informação médica

A **NARRATIVA DE ANTÔNIO** se presta à constatação da urgente necessidade de assegurar a sociedade o acesso a informações atualizadas sobre a enfermidade, bem como evidencia, através do relato de sua luta por uma definição diagnóstica, o despreparo dos serviços para lidar com ela. Apesar da dificuldade de aceitar a sua condição de portador de HIV, Antônio pôs-se a querer saber e questionar a médica que lhe dera o diagnóstico. Esta parece ter reagido com excesso de informação e escassez de cuidado, conforme narrou o entrevistado, uma vez que, segundo ele:

[A] Dra.“A” disse na minha cara, no meu rosto, que eu ia morrer do vírus do HIV, ia perder uma perna, ia perder um braço, ia dar derrame, que eu ia ficar cego. E, então, na hora que eu fui pro hospital procurar ela, ela sumiu, ela nunca ‘tá’ no hospital – nem no hospital, nem no escritório dela.

Aí esse Dr. “C” pegou e viu, agora meu médico agora passou o coquetel, passou a carga viral, eu peguei fiz tudo direitinho. Na hora que eu estou em casa, faz uma semana tomando o remédio, ele me ligou pra lá e mandou suspender [...] que diz que eu estava com suspeita, que eu não ‘tava’ com o vírus do HIV, que eu não tinha que ‘tá’ usando esses remédios.

O que a narrativa de Antônio sugere é que os médicos não entraram em acordo sobre o diagnóstico da sua doença, deixando-o ficar de serviço em serviço, recebendo explicações contraditórias: *“Dra. ‘B’ falou comigo: ‘ói’ [...], eu sou médica, acho que desses anos tudo, eu sei [...] se você tivesse o vírus do HIV, remédio nenhum ia te segurar [...]”*

Lembra então da Dra. “A” (infectologista do CREAIDS): *“[...] porque eu discuti com ela no hospital, chegou me disse isso, ela pegou minha pasta bateu e falou ‘você vai morrer disso, disso e disso!”*

A narrativa sugere que a Dra. “A” sentiu-se desautorizada pelos colegas pelo diagnóstico emitido e julgou-se no direito de reafirmar essa autoridade frente ao doente, levando-o a sentir-se acusado, responsabilizado pela própria doença. A autora da acusação é a médica infectologista, seguido a linha de discurso culpabilizante recorrente. (CASTIEL, 2010) Ora, se ambas as doenças, a AIDS e a tuberculose, são carregadas de preconceito, é aceitável que o doente se sinta ofendido e acusado, especialmente se não tem a comprovação dos fatos. Mas o que faz Antônio sofrer não é tanto o fato de ter ou não ter a doença, mas o de não ser informado de sua chance de recuperação, de qual tratamento deve seguir. Acusar-lhe sem as provas lhe traz revolta e angustia, pois Antônio não entende por que, se está curado da tuberculose, da sífilis, da herpes, continua sendo acusado de portar o vírus do HIV. Quer encontrar uma explicação:

Aí Dr. “C” falou: ói [Antônio], eu ‘tô’ falando uma coisa com você, não foi eu que ‘falou’ que você ‘tava’ com o vírus do HIV, que você tinha AIDS. Dra. “A” que confirmou a infecta, ela que confirmou.’

Eu falei: ‘Dr., e por que eu fui ótimo no meu tratamento de tuberculose, minha médica disse que eu não tinha doença, e eu vou aplicar duas ‘benzentacil’ que é

pra controlar a sífilis – porque sífilis na hora que a pessoa pega não tem mais cura – mas só ela só que está acusando.’ Chega um exame mesmo do hospital – tem o nome do hospital [...] –, tem o vírus do HIV escrito Ministério da Saúde –, ligaram pra minha mãe, disseram que eu não tinha – porque eles que confirmam lá, né? Disse que eu não tinha, mas só que Dra. ‘A’ que está me acusando porque eu discuti com ela sobre isso. (Antônio)

Prossegue:

Dra. [...] tem um exame meu na mão que eu não sou soropositivo [...] Só ela só [...]. Dr. ‘C’ também agora que ‘tá’ me acompanhando, falou também que está estranho, vai repetir meu exame todo de novo. Agora também quero falar com Dra. [...] que eu voltei a tossir.

Antônio já havia ficado internado seis vezes por conta da tuberculose ou outras coinfeções. Parece que para ele era mais fácil aceitar-se com a tuberculose do que com o HIV, embora ele sempre visse uma forte associação entre HIV e tuberculose. De fato, ele revela que, quando o médico lhe disse seu diagnóstico, ele falou: “[...] *deve ser tuberculose mesmo, junto com o vírus do HIV.*”

Contudo, a evolução de sua doença lhe causou estranheza e trouxe a suspeita de que estavam mentindo para ele

É. Mas agora eu só estou achando um pouco estranho que eles estão mentindo muito pra mim [...]. Os médicos. Eles estão mentindo muito. Estão mentindo, e minha médica de lá do [...]. Uma que eu estou agora, Dra. ‘B’ [pneumologista], ela falou comigo: ‘Antônio, eu só trabalho com tuberculose.’ Eu falei: ‘Dra., por que eles estão mentindo pra mim direto? Eles não estão querendo me atender mais [...]’ (Antônio)

Para Antônio, os médicos não queriam dizer a ele qual a doença que ele tinha, e ele não sabia por quê. Assumia que fez muito “programa” e que não seria o primeiro a contrair a doença, mas precisava que falassem com ele para que pudesse fazer o tratamento “*direitinho*” e vivesse a vida “*até quando Deus permitir.*”

Vê-se, desse modo, jogado de um lado a outro no hospital, mas apoiado pela enfermeira da unidade de saúde, e considera a possibilidade de recorrer aos meios de comunicação:

Eles estão jogando, eles estão mentindo [...]. É porque eles falaram que eu só tinha hepatite. A hepatite, eles curaram a hepatite, mas agora esse do HIV [...]. Que eles não estão [...] aí, por isso que eu estou perguntando, que eu quero perguntar direitinho, porque eu quero ir também numa rádio, numa [...] numa reportagem pra falar o nome dos médicos e do hospital que eu estou sendo acompanhado. Por que não está tendo relatório nenhum, eles só estão me dizendo de boca [...]. Por que ela não fez assim igual como a Dra. [pneumologista] fez? 'Aqui [Antônio], seu resultado aqui, você está com tuberculose.' Me 'amostrou,' 'você tem isso, isso, isso e isso,' mas eu perguntei a ela: 'eu tenho o vírus do HIV?' Ela disse que não. E eles estão mentindo, saindo de baixo. O médico me disse agora que ele não confirmou nada comigo, que eu tinha o vírus do HIV. (Antônio)

Antônio lida com a proximidade da morte. Perdera um amigo, jovem de 23 anos, vítima da coinfeção tuberculose e HIV. Entende que o amigo morreu porque usava drogas, e ele não usa: “[...] eu dava conselho todo dia a ele: pare de usar crack.”

A sua doença foi enfrentada com coragem e companheirismo pelo parceiro, que, segundo o entrevistado, não teve medo, “ficou normal”, e criticou a atitude da mãe e outros familiares, que o rejeitaram.

Teve um irmão meu mesmo que tem carro, toda vez que eu pedia pra me levar [...]. Pra me dar um socorro da crise de tuberculose, pra me dar um socorro [...]. Ele disse que não podia me levar não, porque [...] pros filhos dele não ‘pegar’ tuberculose [...]. Pra entrar no carro dele não, pra num pegar tuberculose nos filhos dele. Mas meu marido foi 100%, adorei ele, que ele ficou rente-rente comigo, me levava pra o hospital. (Antônio)

Antônio sentiu-se bem informado sobre a doença, especialmente pela enfermeira da unidade de saúde, que o orientou para evitar lugares sem ventilação “[...] pra não passar a doença pra ninguém, não cuspir em lugares públicos, não comer no prato dos outros para se proteger de contrair outras doenças [uma vez que seu sistema imunológico estava baixo], não espirrar em lugares fechados, não se expor ao sol para evitar hemoptises, e colocar a mão à boca se for tossir.” O entrevistado recebeu ainda informações de que, com 15 dias de tratamento, não estaria mais transmitindo a doença, e que poderia “[...] beber água do copo de outra pessoa em casa, na casa de qualquer pessoa [...].”

Passou essa informação a outras pessoas, inclusive à família, mas para ele ninguém acredita. *“E ói, a senhora vê, na hora que eu vou no vaso sanitário na casa de minha mãe, ela joga Qboa.”*

Antônio gostaria que algo fosse feito para acabar com o preconceito e afirmar que as pessoas (família, amigos, vizinhos) não aceitam que a tuberculose tem cura e que é necessário ir até as casas conversar com as pessoas sobre isso, especialmente quando se começa o tratamento. Ressalta que, durante o tratamento, a vida segue normal e que, depois do tratamento, não se pega mais tuberculose da pessoa que teve a doença, pois já após 15 dias fazendo o tratamento não se transmite mais a doença.

Ressente-se da postura de alguns médicos e diz que gostaria que eles lhe dissessem a verdade, a ele e aos familiares, para que pudessem fazer o tratamento estando seguro de qual é sua doença.

Reafirma que a tuberculose tem cura, se o tratamento for feito corretamente, *“direitinho”*, e não tem porque parar, pois os serviços de saúde dão suporte, e é preciso afastar o medo e a ideia de que *“[...] vai tomar remédio o dia todo, não pode comer isso, não pode comer aquilo [...] durante o tratamento [...] pode curtir normalmente, pode brincar, ser uma pessoa feliz, alegre.”*

Considerações finais

OS SABERES CIRCULANTES no bairro mais antigo da capital baiana, habitado por moradores de rua e pessoas humildes que vivem em moradias precárias e marcado pelas profundas desigualdades sociais da cidade, evidenciam a distância entre os conhecimentos do senso comum e o conhecimento científico atual e as marcas do estigma da tuberculose no imaginário social, oriundas de conhecimentos do passado, que permeiam também o senso comum douto, aquele de profissionais de nível superior que trabalham no território.

Constataram-se assimetrias de acesso a informações que acentuam a diversidade de representações, experiências e práticas sociais e fazem da tuberculose, em pleno século XXI, doença quase tão temida quanto no século XIX e XX.

O problema que se apresenta sobre a dimensão comunicativa em torno da tuberculose é que o conhecimento científico acumulado sobre a doença não tem

se senso comunizado, isso é, alcançado o estatuto de senso comum. Percebe-se, neste estudo, que as raízes do estigma e do preconceito estão não só na distância observada entre os saberes científicos e aqueles que persistem no imaginário social, resistindo no tempo e no espaço, transitando entre o senso comum e conhecimento científico, já identificado por diversos autores. (ANTUNES; WALDMAN; MORAES, 2000; GONÇALVES, 2000) Estes são evidenciados também, principalmente nas condições estruturais da sociedade que, em plena era da informação e da crescente aceleração das trocas simbólicas, reafirmam a experiência da doença em condições de vida existentes no século XIX. Assim, permanecem não só os saberes dessa época, mas também as condições de sua produção, ou seja, aquelas propícias ao desenvolvimento do bacilo que sobrevive longe dos raios ultravioletas em ambientes sem iluminação natural e sem ventilação adequada.

Tornam-se evidentes tanto a inadequação quanto os limites das estratégias de informação e comunicação para reduzir a distância entre saberes científicos e os do senso comum, visto que o controle da doença depende menos do acesso à informação do que da eliminação das condições de sua produção. Do mesmo modo, pode-se considerar os limites das estratégias de educação, posto que os conhecimentos não derivam apenas da dimensão cognitiva, mas sobretudo da experiência vivida.

A despeito disso, o estudo se depara com os desafios de buscar estratégias de comunicação e educação que contribuam para desconstruir o estigma e o preconceito em torno da doença. O mapeamento de saberes circulantes evidenciou as aproximações e distanciamentos entre os saberes, contradições e ambiguidades entre conhecimentos e práticas.

Mesmo com todo o aprendizado historicamente acumulado com relação à tuberculose, que conduz à compreensão da doença vinculada aos seus determinantes sociais, o saber científico se moderniza no tratamento medicamentoso, enquanto permanecem as condições que oferecem resistência à sua apropriação: a pobreza, o alcoolismo, as más condições de habitação e de alimentação e o drama da vida cotidiana nos grandes centros urbanos, onde os modos de conduzir a vida se tornam a cada dia mais complexos e o agente bacteriano também se fortalece em ambientes que lhes são propícios. Tais modos de vida enraízam os antigos saberes e lhes dão potência.

Daí atribuir-se a doença ao Bacilo de Koch, que acometeria os pobres e mal-educados e propensos a vícios. Segundo a visão encontrada entre vários entrevistados, o indivíduo afetado acaba por significar uma ameaça, mesmo a profissionais de saúde, os quais buscam a proteção através do uso de máscaras e até mesmo

fugindo de quem tosse, omitindo-se por vezes a prestar assistência a indivíduos acometidos, contradizendo a própria ética profissional e, ironicamente, o papel social dos serviços de saúde quando pessoas vão atrás deles em busca de tratamento. Nos serviços de saúde, persiste a prática de organizar o atendimento a “tossidores” suspeitos ou afetados, mesmo já em tratamento, separando-os em espaços específicos, de modo a proteger os outros doentes da ameaça que representam. Assim, todos temem a enfermidade, até mesmo médicos fogem de atender indivíduos com suspeita de tuberculose, com medo de contraírem a doença. Enquanto reduzem o próprio medo, contribuem para aumentar o estigma. Desconsideram que, se a doença possui alta prevalência, os bacilos circulam nos ônibus, nas filas de banco e de supermercados, nas feiras e nas ruas, e que bem acolher e tratar os indivíduos acometidos é a melhor forma de controlar a dispersão do bacilo no ambiente e assegurar a proteção da coletividade.

Ademais, o transmissionismo comunicativo não tem se ocupado de deslocar o saber do senso comum, na medida em que não dialoga com a sociedade para além da esperada adesão ao tratamento e não toca em aspectos da vida íntima da família com relação à tuberculose, a não ser para orientar que vão todos aos serviços de saúde fazer os exames, saber se são ou não tuberculosos, como visto na narrativa da dona Ione.

Diante disso, este estudo remete à necessidade de que ações de informação, comunicação e educação se voltem para desconstruir os saberes do senso comum, aproximando-os aos saberes técnicos científicos atualizados; enfrentar o desafio para a intervenção sobre os determinantes sociais, bem como que sejam capazes de incidir sobre as formas de reprodução social de relações interpessoais ao interior dos serviços de saúde e dos regimes de verdade sobre a tuberculose na sociedade; estimular o debate em espaços públicos, onde se possa falar livremente da doença e aumentar sua visibilidade; contribuir para reduzir o estigma e os preconceitos; ocupar espaços nas mídias massivas, especialmente televisiva, com conteúdos atualizados sobre a tuberculose; recorrer a técnicas lúdicas de mobilização e sensibilização social; inserir conteúdos de tuberculose nas escolas; e atualizar os profissionais de saúde, seja na formação, seja em processos de educação permanente em saúde.

Referências

ANTUNES, José Leopoldo Ferreira; WALDMAN, Eliseu Alves; MORAES, Mirtes de. A tuberculose através do século: ícones canônicos e signos do combate à enfermidade. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 367-379, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n2/7101.pdf>>. Acesso em: 5 jun. 2014.

BARBERO, Belén Sanz; HERNÁNDEZ, Teresa Blasco. Conocimientos, actitudes y percepciones de la población inmigrante latinoamericana enferma de tuberculosis en la Comunidad de Madrid. *Atención Primaria*, v. 41, n. 4, p. 193–200, 2009. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656708000498>>. Acesso em: 5 jun. 2014.

BAYER, Ronald. Stigma and the ethics of public health: not can we but should we. *Social Science & Medicine*, Philadelphia, v. 67, p. 463-472, aug. 2008. Disponível em: <<http://www.mailman.columbia.edu/sites/default/files/Stigma%20and%20the%20Ethics%20of%20Public%20Health%20Bayer.pdf>>. Acesso em: 16 dez. 2012.

CASTIEL, Luis David; GUILAM, Maria Cristina Rodrigues; FERREIRA, Marcos Santos. *Correndo o Risco: uma introdução aos riscos em saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. 134 p.

CLEMENTINO, Francisco de Sales et al. Tuberculose: desvendando conflitos pessoais e sociais. *Rev. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 638-643, out./dez. 2011.

DODOR, Emmanuel Atsu; KELLY, Shona J. Manifestations of tuberculosis stigma within the healthcare system: the case of Sekondi-Takoradi Metropolitan district in Ghana. *Health Policy*, Shannon, v. 98, n. 2-3, p. 195-202, 2010.

GONÇALVES, Helen. A tuberculose ao longo dos tempos. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Manguinhos, v. 7, n. 2, p. 303-325, jul./ out. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702000000300004>. Acesso em: 22 jan. 2012.

- HUIZINGA, Johan. *Homo Ludens*. São Paulo: Perspectiva, 2000. 162 p. Disponível em: <http://jnsilva.ludicum.org/Huizinga_HomoLudens.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2012.
- PORTO, Ângela. Representações sociais da tuberculose: estigma e preconceito. *Rev. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 41, p. 43-49, 2007. Suplemento 1.
- RABINOW, Paul. Representações são fatos sociais: modernidade e pós-modernidade na antropologia. In: RABINOW, Paul. *Antropologia da Razão*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2002. p. 70-107.
- SÁNCHEZ, Alba Idaly Muñoz; BERTOLOZZI, Maria Rita. Conhecimento sobre a tuberculose por estudantes universitários. *Boletim de Pneumologia Sanitária*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 17-24, abr. 2004. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/bps/v12n1/v12n1a04.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2012.
- SANTOS, Boaventura de Sousa. *Um discurso sobre as Ciências*. Porto: Edições Afrontamento, 1988
- SONTAG, Susan. *A Doença Como Metáfora*. Rio de Janeiro: Graal, 1984. 108 p. (Coleção Tendências, 6).
- SOUZA, Cláudia Teresa Vieira de; NATAL, Sônia; ROZEMBERG, Brani. Comunicação sobre prevenção da tuberculose: perspectivas dos profissionais de saúde e pacientes em duas unidades assistenciais da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de Pesquisa de Educação em Ciências*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 78-87, 2005. Disponível em: <http://www.ciencia.iao.usp.br/dados/rab/_comunicacaosobreprevenca.artigoCompleto.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2012.
- WENDLING, Ana Paula Barbosa; MODENA, Celina Maria; SCHALL, Virgínia Torres. Tuberculose: o estigma na visão de gerentes de Centros de Saúde de Belo Horizonte, MG – Brasil. *Cadernos da Escola de Saúde Pública, Ceará*, Fortaleza, v. 4, n. 2, p. 11-18, jul./dez. 2010. Disponível em: <<http://www.esp.ce.gov.br/cadernosesp/index.php/cadernosesp/article/view/35>>. Acesso em: 10 nov. 2013.
- YANG, Laurence H. et al. Culture and stigma: Adding moral experience to stigma theory. *Social Science & Medicine*, Bethesda, v. 64, p. 1524–1535, apr. 2007.

Capítulo 2

**A saúde nos discursos
de adultos em uma
universidade pública:
subsídios para ações
de comunicação**

Maria Ligia Rangel-S
Gabriela Lamego

Introdução

OS DISCURSOS SOCIAIS sobre a saúde são objeto de discussões antigas e recentes, tanto em decorrência de esforços filosóficos para compreender e explicar o que é saúde e doença, quanto de interesses para o desenvolvimento tecnológico no controle desses fenômenos.

Este estudo dos discursos sobre saúde de adultos realiza-se em uma universidade pública brasileira, afastando-se de uma perspectiva instrumental e informacional da comunicação, e tem por objetivo conhecer os significados e repertórios sociais e as experiências vividas pelos sujeitos com respeito à saúde.

Através da aproximação dos seus discursos, pretende-se neste estudo identificar os significados atribuídos ao significante “saúde”, abrindo-se à escuta das vozes de adultos brasileiros sobre suas vivências e experiências com a saúde e a doença ao longo da vida, o cuidado de si e do outro.

Referencial teórico-metodológico

BUSCA-SE NESTE ESTUDO o acesso aos significados por aproximação à conversação ordinária, narrativa mais universal, produção interativa que mantém e transforma pessoas e relações, entendendo-a mais como seleção ativa de eventos significativos narrados do que como reflexo da realidade. (OCHS, 1997) Narrativas sobre saúde frequentam a vida social e se modificam ao longo da história da humanidade, em meio ao crescimento das ciências naturais e da biomedicina. Saúde e doença são objetos de discussão filosófica, científica e política. Canguilhem (2006), Gadamer (2006), dentre outros, se destacam em proficuas discussões sobre o caráter desses fenômenos, se polares, opostos ou faces de um mesmo; o quanto se distinguem e se aproximam, reafirmando-se seu estatuto de objetos de estudo.

Enquanto construções discursivas e práticas sociais, Ayres (2007) argumenta que não se pode negar as estreitas relações entre saúde e doença na vida cotidiana, mas, para compreendê-las adequadamente, é preciso procurar tratá-las como racionalidades distintas e não oponentes ou polares, pois se referem a interesses práticos e

instrumentais, que se encontram obscurecidos pelas concepções biomédicas que colonizam a experiência vivida.

Nesse sentido, olhar para a saúde requer uma mudança paradigmática (AYRES, 2007), importando considerar não só o que descrevem, mas ao que se referem os conceitos de saúde e doença, quanto ao significado das descrições. Isso tem implicações para se pensar a positividade e multidimensionalidade desse conceito na promoção da saúde, ou a ausência de doença no discurso prevencionista. O autor supõe que “[...] o discurso da doença monopoliza os repertórios disponíveis para o enunciado dos juízos acerca da saúde, a ponto de jogar na sombra todos os discursos da saúde que não se estruturam pelo raciocínio causal-controlista”, e reconhece uma “[...] profunda assimetria entre a legitimidade que se confere aos discursos causal-controlistas e outras construções discursivas relacionadas às experiências vividas de saúde e de doença.” (AYRES, 2007, p. 48)

Enquanto Ayres destaca o aprisionamento dos discursos sobre saúde à racionalidade biomédica, Camargo Júnior (2007) percebe uma ênfase excessiva na “definição positiva” da saúde que orientaria a atuação dos serviços de saúde, destacando os indesejáveis riscos de medicalização da vida na sociedade e da “diluição” das responsabilidades setoriais, sob o discurso de “saúde é tudo”. Castiel e Álvarez-Darnet (2007) nos instigam a pensar criticamente acerca dos excessos de prescrições normativas e de atribuição de autorresponsabilidade individual pela saúde.

Esses pressupostos contribuem na análise dos dados deste estudo, os quais foram obtidos mediante entrevistas com quatro grupos focais, que propiciaram uma conversa viva em torno do tema. Observou-se a que os participantes invocavam diferentes contextos nos momentos em que expressavam necessidades, interesses e conceitos referentes à saúde e à doença, a exemplo de locais de trabalho, momentos do lazer, momentos com a família e outros. Evidenciou-se que saúde relaciona-se significativamente com os modos de vida dos sujeitos e seu lugar social, incluindo-se sujeitos com diferentes inserções na universidade. Os grupos foram formados com sete a dez participantes, com funções semelhantes dentro dos grupos: docentes, técnicos de nível superior, profissionais de saúde do Hospital Universitário e pessoal de nível médio. Os participantes foram abordados em seus locais de trabalho, onde receberam informações gerais sobre Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA) e a presente pesquisa. Os que concordaram em participar desta pesquisa foram convidados em seguida, por telefone, para os grupos focais. Um guia temático abordou os seguintes pontos: a) concepções de saúde; b) práticas de saúde; e c) experiência

com a saúde na linha da vida. As sessões, com duração de cerca de duas horas, foram gravadas, transcritas e analisadas.

A condução da pesquisa contempla todos os critérios aplicáveis da Resolução 196/96 da Comissão Nacional de ética em Pesquisa (CONEP), e o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA). No início da realização dos grupos, todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para preservar a identidade dos sujeitos, foram adotados, na apresentação dos resultados, nomes fictícios.

A interação narrador-receptor se faz de modo peculiar, pois este último está em posição que sustenta a escuta, fomenta a narratividade dos participantes e não age como interlocutor direto, colocando-se como um interlocutor de meias palavras. (JOVECHELOVITCH; BAUER, 2002) O *script* da pesquisa predefine uma proposta de engajamento na conversação e o cenário onde se constroem as narrativas: o pesquisador (receptor) coloca questões, temas para o debate e a fala dos participantes se dirigem a responder e comentar, construindo narrativas em torno das questões colocadas. As ressonâncias dos discursos sociais correntes se fazem presentes ao interior dos grupos, quando os sujeitos buscam diferentes narrativas e percorrem múltiplos caminhos em fios narrativos oriundos da experiência vivida e da circulação da informação nos diferentes contextos da vida social.

A apresentação dos resultados obedece aos distintos momentos do trabalho de interpretação, buscando-se uma ordem na aparente desordem do discurso narrativo dos grupos, identificando-se palavras indexadas à saúde e desenhando as conexões entre palavras e ideias, mediante o uso de mapas conceituais e redes semânticas, representadas graficamente com suporte do *software* Cmap Tools 5.03 (Knowledge Modelling Kit – CMAP) em diagramas que expressam essas relações. O uso do *software* contribuiu para sistematizar ideias e suas relações em modos visualmente disponíveis. Estas são submetidas à análise para interpretar e descrever os sentidos a partir da observação das conexões das palavras, buscando-se compreender o discurso narrativo. Observa-se e identifica-se os significantes principais e os secundários, os conteúdos semânticos, as ênfases, ambiguidades, conflitos, sentidos negativos ou positivos, isso é, relacionados à interdição/sacrifício ou prazer, na indexação de palavras a ideias e noções vinculadas à saúde, destacando-se os argumentos que fundamentam e justificam as indexações e os contextos invocados, tendo em conta discursos sociais correntes.

A saúde no discurso de adultos trabalhadores de uma universidade pública

OS RESULTADOS AQUI apresentados destacam os principais termos que surgiram nas narrativas sobre saúde nos diferentes grupos focais ao se desenhar a rede semântica conformada durante cada sessão, buscando-se compreender os sentidos que ganham nos contextos invocados pelos participantes.

O discurso de técnicos de nível superior: qualidade de vida e harmonia – indivíduo-máquina busca a saúde

No grupo de técnicos de nível superior, composto por seis mulheres e quatro homens, três ideias centrais se entrelaçam nos discursos sobre saúde: qualidade de vida, equilíbrio e harmonia (Figura 1), que ganham sentido por aproximação aos seus contraditórios: “estresse”, “insegurança” e “medo”.

O primeiro termo que surge no grupo é “qualidade de vida”. Lara vê qualidade de vida como uma meta a ser alcançada, uma condição necessária para viver e superar o seu sofrimento. Ela sofre de dores e problemas de circulação e quer melhorar sua atitude: “[...] no meu estado físico, sentindo muitas dores, problemas de circulação, então eu resolvi, eu disse: ‘eu tenho que dar um basta!’ [...] fechar a boca pra ver se a qualidade de vida melhora.” Lara assume que precisa se controlar, “fechar a boca”, o que envolve o sacrifício de deixar de comer o que se gosta. Contudo, seu desejo de qualidade de vida transita entre duas situações: qualidade de vida é controlar a alimentação ou é comer o que se gosta, o que se tem vontade? “Porque não tem coisa melhor do que você se alimentar do que você gosta, pra mim é essencial! Em primeiro lugar!” – diz Lara. De todo modo, para Lara ter qualidade de vida é uma decisão ou uma escolha individual.

Entre o sacrifício e o prazer, surge o significante equilíbrio, colocado mediante a recomendação de buscar alimentação adequada e prazerosa, evitando comer e beber em excesso, mas comer o que se gosta, combinando o autocontrole com a prática de exercícios físicos. Novamente o discurso é mantido no âmbito das escolhas individuais.

A noção de equilíbrio, tão cara à medicina desde Hipócrates, vinculada à teoria dos humores e que sobrevive na medicina oriental, surge vinculada ao prazer, seguindo uma linha argumentativa da medicina holística (BARROS, 2002), em que busca incluir a dimensão psíquica (mente), a física (corpo), conformando o binômio corpo-mente em equilíbrio com o ambiente e, portanto, em harmonia. Nesta noção, desenvolvida por Pitágoras (580-500 AC), segundo Barros (2002, p. 69):

Não se visualiza um estado duradouro de harmonia, nem um conflito permanente. É levada, agora em consideração, não apenas uma mera oposição de duas forças, mas de um conjunto delas, em geral, aos pares, vislumbrando-se a idéia de um sistema no qual atuaria, sobre o indivíduo, simultaneamente, diferentes forças. Na nova concepção, a mistura dos opostos os neutralizariam, produzindo a harmonia, visível, por exemplo, na música ou na saúde.

Nota-se, contudo, que as noções de equilíbrio e harmonia se aproximam, nas falas dos participantes, do conceito de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS) – completo bem-estar físico, psíquico e social – e são reforçadas por Hugo, que ressalta que saúde é bem-estar, que tem a ver com o jeito da pessoa viver, o que ela aspira, o que ela gosta, como ela é.

Maria traduz o equilíbrio e a harmonia a partir de uma visão mecanicista e funcionalista do corpo, metáfora cartesiana própria do modelo biomédico que predomina até os dias atuais (BARROS, 2002), ao afirmar que “[...] quando a mente não está bem, o corpo responde, [pois] o corpo funciona como uma máquina. Tem partes e todas as partes precisam estar bem-engrenadas e funcionando perfeitamente.” As condições do cuidado do corpo-máquina, contudo, surgem com fatores limitantes, como o tempo encurtado pelos afazeres cotidianos e as condições financeiras.

Assim, nas falas acima, encontra-se a saúde sob a influência dos saberes de séculos passados, atualizados na contemporaneidade, pela ênfase às escolhas individuais, tensionados por fatores limitantes que incidem sobre a saúde, o cuidado do corpo, mas que são também escolhas individuais. A receita para pessoa ter saúde é “[...] estar bem, comer bem, andar [...] sem tensão.” (Maria) A noção de harmonia surge como uma ideia que se difunde como capaz de sintetizar o equilíbrio no nível individual entre a dimensão psíquica/emocional e o corpo-máquina e levar à qualidade de vida. Assim, Lia define: “Saúde é harmonia, é a consequência de você se aceitar, você se desenvolver e se ver como um ser que cresce.”

A dimensão psíquica/emocional da vida assume primazia na conversação do grupo, que produz um texto repleto de significantes que traduzem a vida na sociedade contemporânea e a busca por saúde: tensão, estresse, paz de espírito e harmonia. Lia relata uma situação em que seu colesterol estava em 400: “[após dizer] *meia dúzia de desaforos, que estavam guardados seis anos, à minha cunhada, meu colesterol baixou pra 160*”, interpretado por Lara como “colesterol emocional”.

Assim, a ideia de subordinação do bom funcionamento do corpo-máquina ao equilíbrio emocional é reforçada também por Tito: “[...] *nós somos máquinas*”, mas, ressaltam Tito e Hélio, os fatores psicológicos são de grande importância, interferindo na saúde física. Ter uma perspectiva de mudança, ter sentido para a vida, acreditar e sonhar são fundamentais nos discursos do grupo para ter qualidade de vida. Desse modo, aderido ao discurso biomédico da saúde, o grupo se autodefine como máquinas pensantes.

As alternativas para ter saúde remetem a um conjunto de condutas individuais centradas no esforço da autoestima, no autoconhecimento, na busca do lazer, na obediência a algumas regras, à redução do estresse, na busca por informações, nos exercícios físicos e na alimentação adequada. É curioso que, embora o discurso seja recorrente e prescritivo de condutas para si próprio, são inúmeras as dificuldades relatadas pelos participantes para aderirem às práticas preventivas mencionadas, geralmente referentes ao controle alimentar e à regularidade de exercícios físicos. Contudo, jamais o grupo se insubordina a essa representação da saúde da doença.

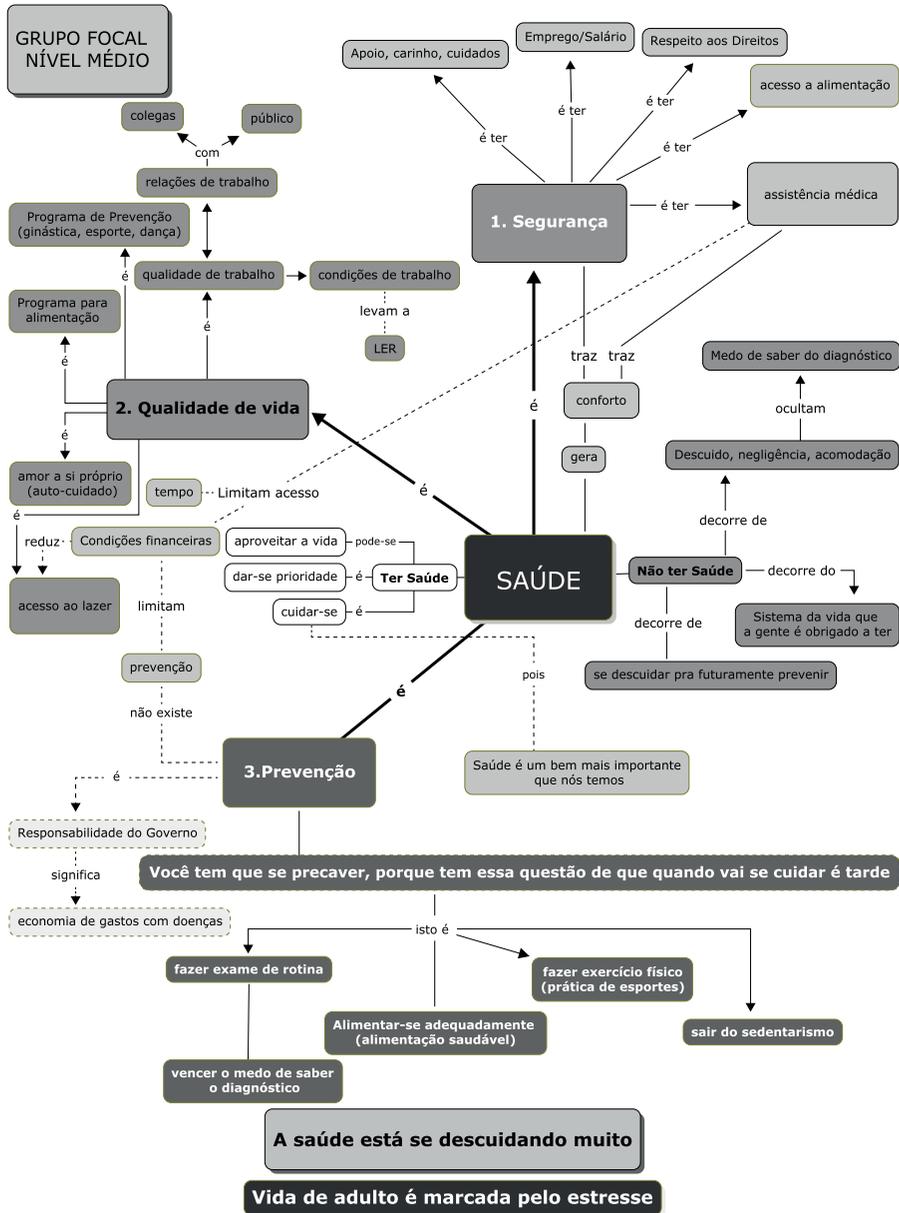
Assim, a causa das doenças estaria relacionada coerentemente ao desequilíbrio corpo-mente, ao corpo que não funciona bem, a “*ter o psicológico ruim*” e ter baixa autoestima com estresse no trabalho. (Hélio)

O trabalho é a única dimensão da vida social mais estruturada que o grupo acredita afetar a saúde dos indivíduos. O grupo ressalta que as condições de trabalho ou o ambiente de trabalho devem ser agradáveis e propiciar a satisfação individual.

Discurso de trabalhadores de nível médio: saúde é direito ao consumo de meios para o autocuidado e prevenção

O grupo de técnicos de nível médio, composto por três mulheres e cinco homens, entrelaça as ideias de segurança, qualidade de vida e prevenção para construir sua concepção de saúde como “[...] *um bem mais importante que nós temos.*” (Figura 2)

FIGURA 2 – MAPA CONCEITUAL DE SAÚDE DE ADULTOS DE NÍVEL MÉDIO DE ESCOLARIDADE EM UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA



FONTE: DADOS PRIMÁRIOS DOS AUTORES.

A ideia de segurança indexada à saúde surge cercada de múltiplas dimensões, especialmente a afetiva, vinculada a apoio, carinho e cuidado. Ademir e Rosa mencionam emprego e salário como condições necessárias à segurança, assim como o respeito aos direitos, especialmente relacionado ao trabalho e à aposentadoria. Rosa destaca o acesso à alimentação e à assistência médica de boa qualidade, complementando com a ideia de segurança que gera conforto e saúde. Ressalta também as condições financeiras como fator limitante do acesso à assistência médica e a ausência de uma política de atenção à saúde do trabalhador na universidade.

Assim, a noção de saúde transita, neste grupo, do indivíduo para o grupo profissional – o “servidor” que, segundo Rosa, quer ser visto como objeto de políticas preventivas e de proteção à saúde e ter acesso a bens e serviços.

A noção de prevenção entrelaça-se, nas narrativas de Rosa e Lauro, à de qualidade de vida, ganhando o sentido da necessidade explícita pelo grupo do direito a ter ginástica, lazer, assistência médica e boa alimentação, pois o acesso a esses serviços particulares e de qualidade é limitado por condições financeiras ou de tempo. O discurso é voltado para evidenciar a falta de qualidade de vida, face às dificuldades de acesso a bens e serviços. As falas de Lauro e Ivo revelam uma reivindicação antiga de outras gerações ao reclamarem da ausência de responsabilidade do governo com a saúde de trabalhadores universitários, tanto no que se refere à prevenção (“[...] se você quiser, você faça a sua parte”), quanto da assistência médica (“[...] você que pague por fora, se puder”). (Ivo)

Neste grupo, o trabalho é mencionado como gerador de doenças, destacando-se a Lesão por Esforço Repetitivo (LER) e ressaltando-se a precariedade de respostas efetivas a condições de trabalho adversas, concluindo-se que “[...] não existe prevenção.” (Ivo)

Questionados sobre o que fazem para cuidar da saúde, tecem o argumento do autodescuido, desenvolvido por Isis, apoiado nas suas experiências individuais, para logo em seguida ampliar-se o enquadramento do problema, remetendo-o à cultura e à natureza humana.

Através da narrativa de Lauro, o grupo assume o discurso da autorresponsabilidade culposa para com a saúde, característica do discurso ideológico da promoção da saúde na sociedade contemporânea (CASTIEL, 2007), ressaltando que o acesso precoce à informação não cursa com adesão a práticas de proteção e cuidado e relacionando qualidade de vida a dimensões afetivas como o amor próprio e o autocuidado. (Lauro)

Ter saúde é algo almejado como um bem que pode levar a “*aproveitar melhor a vida*”, mas é preciso cuidar-se (individualmente), dar-se prioridade, ter uma qualidade de vida. (Lauro) Assim, qualidade de vida é vinculada à prevenção, e esta à realização de exames de rotina, à prática de esportes, à alimentação adequada, ressaltando-se, contudo, os limites desses propósitos em sua dimensão individual, já “[...] *que nem todas as pessoas têm essa condição de fazer isso.*” (Lauro)

As narrativas de Rosa e Aldo evidenciam uma tensão entre o dever ser e o ser para ter saúde, acentuando a conduta negligente, pois consideram que todos sabem da necessidade de ter uma boa alimentação e praticar esportes, mas muitos não o fazem por negligência, até que surjam sintomas de doenças. Reafirma-se nesse grupo o discurso da autorresponsabilidade culposa pela saúde.

O autodescuido culposo, a prevenção e o medo

As narrativas não trazem os limites individuais, dados às condições estruturais da sociedade para produzir mudanças na qualidade de vida; dá lugar à culpa, sob a forma de negligência, conforme visto na narrativa de Aldo, e de acomodação, conforme a narrativa de Ísis, com quem essa ideia ganha espaço no grupo, com o citado autodescuido desenvolvido por ela. Esta se assume negligente, autodescuidada ou acomodada, relatando não ter procurado tratar de uma enxaqueca, mas, em outro momento narrativo, revelando o medo de saber o diagnóstico: “[...] *não procuro porque eu vou procurar, daí vai aparecer coisa que eu não quero saber.*”

O medo é assumido também por Rosa: “*Eu penso assim, que no mundo de hoje moderno quer [se] saber de tudo [...]. Daí a gente morre de teimoso (aquele que evita saber).*” Ivo reconhece que há pessoas que só vão ao médico quando se sentem doentes e raramente para prevenção. O sentido da prevenção é referido ao consumo de assistência médica, ausentando-se qualquer reflexão sobre os determinantes sociais da saúde e da doença ou intervenções sobre os fatores de risco.

A narrativa de Ísis, entrelaçada com as de Ivo, Lauro e Lino, traz diferenças de gênero para motivações no cuidado à saúde, relacionadas ao medo. Ísis afirma que os homens são piores, pois têm mais medo de ir ao médico. Eles concordam que elas são mais preventivas, se cuidam mais, vão mais ao médico (Ivo), talvez por vaidade (Lauro) e disciplina decorrente da mesma (Lino), enquanto que eles seriam motivados pela “[...] *questão da saúde. Quando ele sente que a Saúde tá abalada.*” (Lino)

A narrativa flui no sentido de mostrar que o cuidado de fato só ocorre quando os sintomas aparecem. Então, como coloca Aldo, se dá atenção ou prossegue-se com

a vida. Reconhecem, por fim, de forma resignada, que essa atitude se deve ao “[...] sistema de vida que nós fomos obrigados a ter”, que não favorece à saúde. (Ademir)

Nesse momento em que surgem questões estruturais da sociedade que afetam a saúde, embora o trabalho apareça como um valor – “O trabalho tem aquele aspecto de você se sentir valorizado, se sentir importante” (Ademir) –, a ideia é relativizada, para se considerar seus efeitos negativos sobre a saúde, enfatizando-se o desgaste. As falas de Ademir Lauro se entrelaçam para referir-se ao trabalho como fator de desgaste físico e psíquico para a saúde, quando é necessário buscar complementação financeira e empreender esforços com estudos, cursos e concursos que não trazem compensação, uma vez que “[...] a falta de dinheiro gera tensão” (Ademir), pela preocupação com o sustento da família. Desse modo, vê-se que o grupo percebe as condições que afetam sua saúde para além do nível do cuidado individual e reafirma o seu direito à saúde.

A saúde é complexa no discurso dos docentes

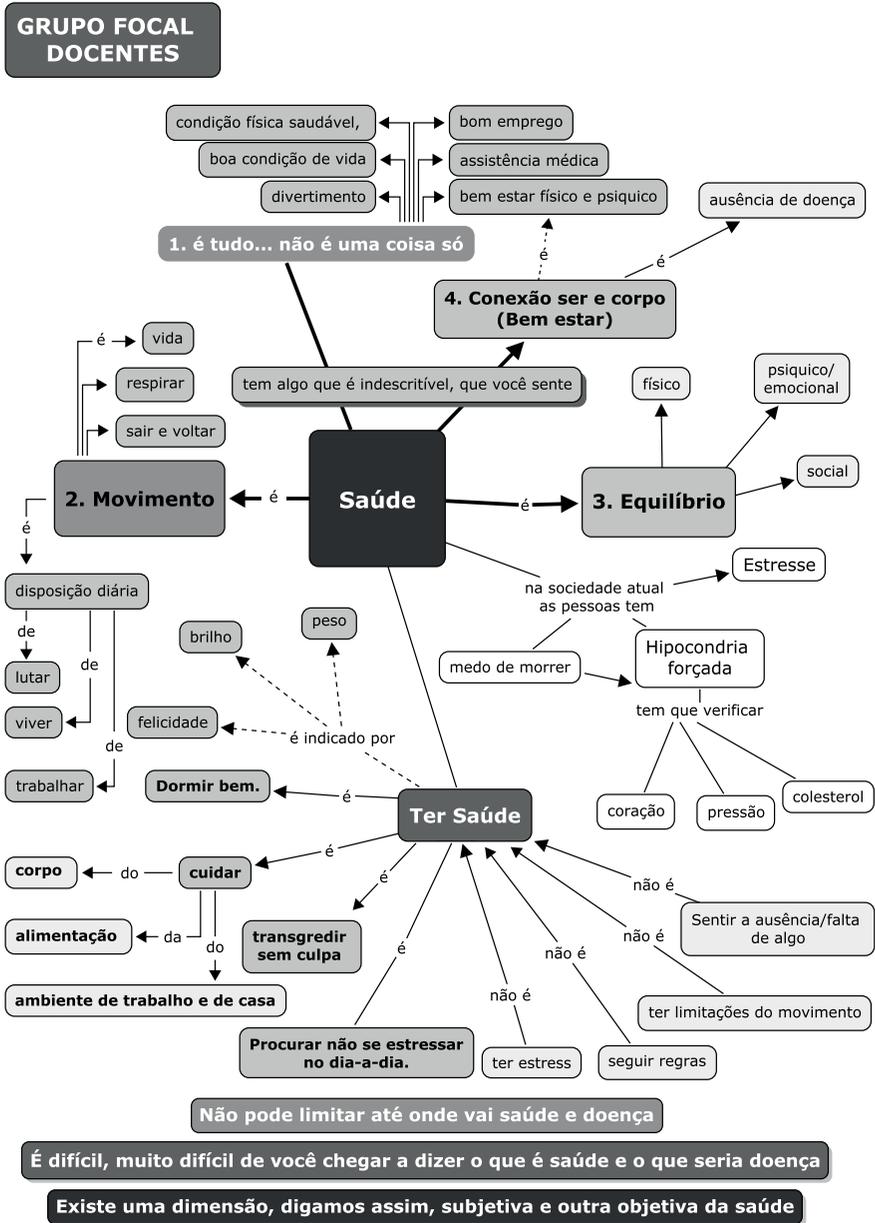
O grupo de docentes, composto por seis mulheres e um homem, hesitou para falar sobre saúde, assumindo desde logo a complexidade do significante que se vincula “a tudo”. As ideias subsequentes são movimento e equilíbrio. (Figura 3)

A discussão se inicia com a fala de Helena, com o tema colocado de modo difuso, inespecífico, vinculando saúde ao corpo físico e psíquico, lazer, condição de vida, assistência médica, buscando distanciar-se da visão bipolar de saúde e doença: “[...] isso não quer dizer: se eu não tenho doença, eu tenho saúde [...].” (Helena)

Kely tenta definir a saúde a partir da experiência com a doença. Afirma que só se sabe o que é saúde quando “[...] a gente fica doente em cima de uma cama, que a gente fica privado de toda maravilha que é o movimento, que é o ar que a gente respira, que é a disposição de sair, trabalhar, viver, lutar, [pois] saúde é disposição diária de enfrentar a vida [...].”

Para Lana, saúde é movimento conectado com equilíbrio em uma visão aproximada ao discurso corrente da OMS. Mauro reafirma este discurso, destacando uma conexão entre ser e corpo, enfatizando a percepção do sujeito: “[...] é você estar bem com seu corpo, estar em boa conexão, em consonância com o corpo e sentir bem com o corpo”, afirma, ressaltando que “[...] o requisito é não estar doente [...] Ter limitações do movimento, mas a saúde é um pouco mais, é um estado de espírito [...].”

FIGURA 3 – MAPA CONCEITUAL DE SAÚDE ENTRE ADULTOS DOCENTES EM UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA



FONTE: DADOS PRIMÁRIOS DOS AUTORES.

Carla concorda que o assunto é complexo, mas, como Kely, representa a saúde com a ideia de movimento e rearranja a narrativa do grupo, retomando a visão de saúde como equilíbrio e bem-estar. Helena, declarando-se pesquisadora do tema, destaca a dificuldade que é definir saúde e concorda com os demais, falando da saúde como algo *“[...] que é indescritível, que você sente”*, algo que falta quando a pessoa não se sente saudável, afirma, ressaltando o que considera impregnação da concepção corrente de saúde, a ideia de ausência de doença. Mas inverte essa formulação para propor, implicitamente, a doença como ausência de algo, que seria a saúde (bem-estar, sentir-se bem): *“[...] quando você não se sente bem, seja lá porque motivo for, você sente que falta algo.”*

O grupo considera difícil estabelecer um limite entre saúde e doença, exemplificando com o estresse e a falta de bem-estar, que não são necessariamente uma doença (Helena), mas também não são saúde. A dificuldade de definir o que é saúde e o que é doença leva o grupo à tentativa de objetivação. Tentam dar concretude ao tema, remetendo-se, também, à experiência individual, mas a subjetividade na percepção do corpo aliado ao estado de espírito é que vai demarcar se e quando tem ou não saúde, pois, problemas de saúde simples podem parecer graves em decorrência de questões subjetivas. Desse modo, o grupo também se define por uma perspectiva individual, de certo modo relativizando a ideia da determinação social da doença.

Articulam as ideias de movimento e cuidados com o corpo nos contextos da casa e do trabalho, assumindo que *“[...] a gente não determina a saúde, mas boa parte depende da gente.”* E essa boa parte, também nesse grupo, se refere ao autocuidado: *“[...] tentar cuidar bem do corpo, do físico, se alimentar bem, fazer exercício, cuidar bem do ambiente de trabalho [...] da casa [...] do emocional [...] do espírito, são as coisas que a gente pode fazer pra ter saúde.”* (Helena)

O autocuidado assume nesse grupo a perspectiva individual, neste caso remetido ao prazer, que inclui a transgressão sem culpa, especialmente relacionado à comida e à bebida, considerando-se a baixa credibilidade das informações sobre os mesmos que ora são recomendados e ora condenados. O grupo resalta que há problemas que afetam a saúde, como a hipertensão, e que estão fora do controle deles e, então, se deve recorrer a um bom médico.

Contudo, o grupo analisa criticamente como as pessoas se sentem na sociedade atual com relação à saúde e à doença, face às tecnologias de diagnóstico precoce. Consideram o surgimento de uma espécie de “hipocondria forçada”, como diz Mauro, criticando a medicalização da vida, pois *“[...] tem sempre que fazer um check-up [...]*

botar o médico em cima pra verificar o coração [...] a pressão [...] o colesterol [...]. Não fazer as condutas prescritas conduz ao sentimento de irresponsabilidade, o qual é assumido por Mauro, que declara não ir ao médico *“[...] pra não descobrir que [a pressão] está alta.”*

Essa hipocondria forçada é assim vista com ambiguidade, ou mesmo conflito, no discurso de Mauro, que considera o estado de se sentir doente tão importante quanto o de estar doente. Levando em conta o estresse, a alimentação nem sempre adequada e o sedentarismo, as pessoas seriam forçadas a cuidar mais da saúde, enquanto acompanhamento médico para prevenir doenças. Assim, o grupo admite algo de sadio em não ir ao médico, de não procurar saber da saúde e da doença, mesmo que não seja recomendável: *“[...] não que a gente deva fazer isso, mas é um fator, de um certo ponto, positivo.”* (Mauro)

O grupo faz ressalvas quanto à quantidade de informação sobre saúde que se recebe, considerando, assim como Carla, que, quando se tem mais informação, aumenta-se a responsabilidade e espera-se uma atitude. Isso funciona como auto-pressão para, por exemplo, caminhar todos os dias, deixando um sentimento de culpa quando não se consegue: *“[...] se eu morrer, se eu adoecer, provavelmente a culpa foi minha, que eu não me cuidei bem.”* (Carla)

A culpa, contudo, não é assumida por todos do grupo. Lana se manifesta, enfatizando seu prazer em transgredir as regras para ter saúde sem culpa, contestando as prescrições. Afirma que nunca obedeceu a essa prescrição de andar e que tem horror: *“[...] não gosto e eu [...] eu prefiro encurtar a minha vida do que ficar me aborrecendo todo dia dando voltas numa praça, fazendo uma coisa que me aborrece.”* Mas considera-se pragmática, pois não gosta de sofrer e então procura médico se necessário, mas *“[...] aquela atitude [...] preventiva, né, em relação à saúde, isso pra mim não existe! Inclusive, adoro comer tudo que faz mal, adoro!”*

A fala de Lana provoca risos nos participantes e é, de certo modo, censurada pelo grupo. Mauro fala de seu cuidado com a alimentação equilibrada, integral, que inclui legumes e folhas, sem fazer regime e comendo o que gosta. Os risos reaparecem quando Mauro assume que tenta fazer atividade física, mas nem sempre consegue. Confessa que frequenta a academia com irregularidade, embora se sinta bem quando faz os exercícios.

De outro ponto de vista, a narrativa de Kátia ganha outro sentido. Ela relata que consegue viver administrando os excessos: evita os alimentos condenados, mas não deixa de consumi-los eventualmente, com moderação; faz exercícios todos os dias e

exames preventivos. Kátia relata uma história de perdas e doenças na família e relativiza seu sofrimento com momentos em que diz ter sido feliz.

A ideia do controle para a saúde leva Kely a entrar na conversa, colocando o trabalho na universidade como um fator ambíguo em relação à sua saúde, pois embora lhe dê prazer, reconhece que também lhe causa danos e, por isso, é o que mais lhe exige atenção para controlar/administrar.

Por fim, Kátia retoma o fio narrativo do grupo, com as ideias de equilíbrio e de qualidade de vida para ter saúde, indexando atividade física e alimentação saudável ao prazer e afastando-os da carga de sacrifícios atribuídos por outros participantes.

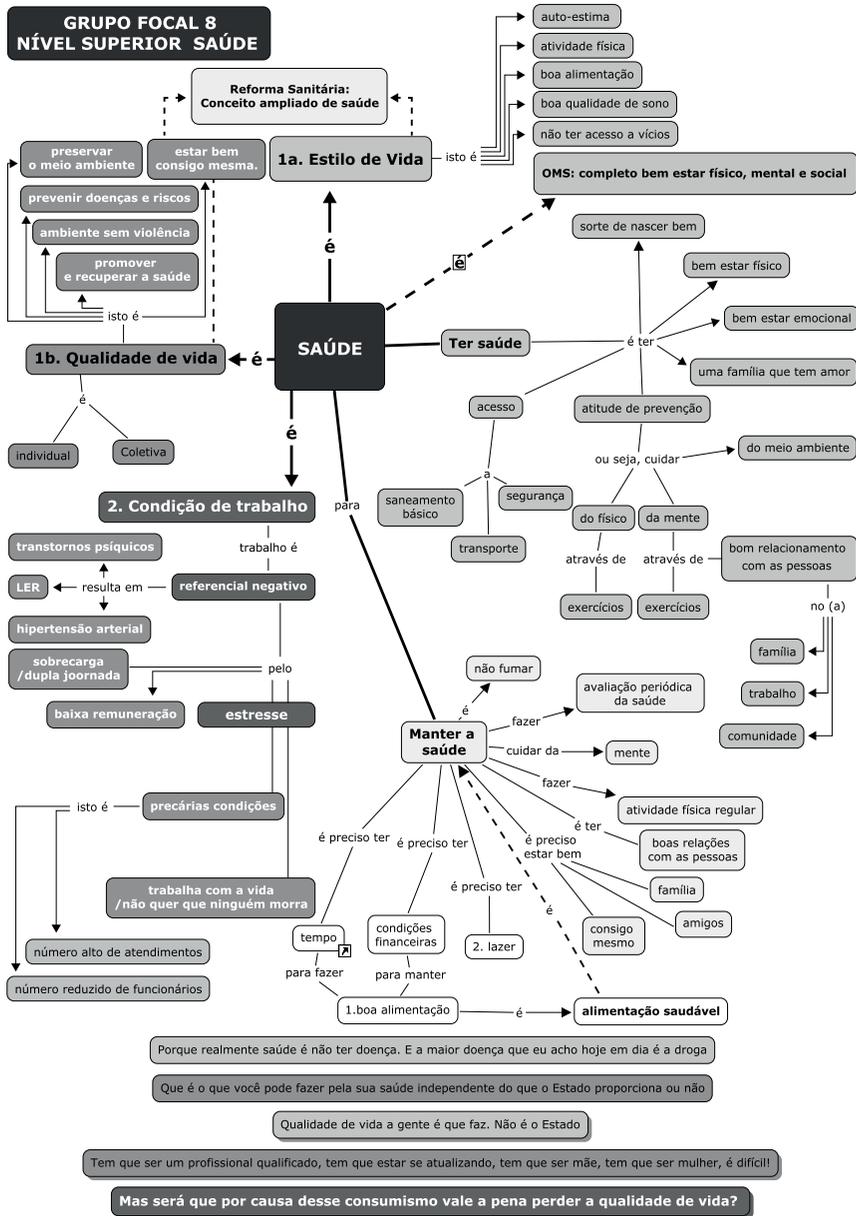
A relação saúde-trabalho comparece também nas narrativas desse grupo, relacionado às dificuldades para manter a saúde, ressaltando-se o excesso de trabalho que impede a realização de atividades físicas e lazer. Como ocorre nos grupos anteriores, os docentes também acabam por assumir a culpa pelos excessos, quando, diante de muitas responsabilidades e sobrecargas, deixam o trabalho invadir os horários de descanso. A fala de Kátia parece contaminar o grupo, prevalecendo o sentimento de ambiguidade com relação ao trabalho na universidade e sua relação com a saúde como felicidade: ao mesmo tempo em que gostam de trabalhar ali, não se veem valorizados pela sociedade, por ser uma universidade pública, e sofrem com a qualidade das relações interpessoais (em alguns departamentos) e com as condições de trabalho. Sobre isso, Helena conclui:

[...] não é fácil ser professor universitário [...]. Eu acho que a gente vive num jogo de competitividade, existem algumas vaidades nas nossas construções que dificulta, e muito, o diálogo. Eu acho as relações extremamente difíceis, e isso é pra mim um fato que acho que prejudica a minha saúde e está prejudicando[a] de um monte de gente na minha unidade.

Discurso dos profissionais de saúde de nível superior: fabricação de saúde e estilos de vida

No grupo de profissionais de saúde de nível superior, composto por cinco mulheres e três homens de nível de escolaridade superior e profissionais de saúde (assistente social, farmacêutico e nutricionista), as ideias centrais vinculadas à saúde são: estilo de vida, qualidade de vida e condições de trabalho. (Figura 4)

FIGURA 4 – MAPA CONCEITUAL DE SAÚDE DE ADULTOS DE NÍVEL EDUCACIONAL SUPERIOR DA ÁREA DA SAÚDE EM UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA



FONTE: DADOS PRIMÁRIOS DOS AUTORES.

A narrativa do grupo se inicia com Diana colocando a ideia de saúde vinculada a estilo de vida e a possibilidade de “fabricar saúde”, mediante acesso a uma boa alimentação, a serviços básicos como saneamento, a atividade física, evitar vícios como fumo, ter uma boa qualidade de sono e estar bem consigo mesmo. O grupo ressalta também a influência do meio ambiente, especialmente a violência, sobre a qualidade de vida e, conseqüentemente, a saúde.

Através de Mário, a retórica do grupo refuta o conceito de saúde da OMS, para fazer ressoar o conceito ampliado de saúde da Reforma Sanitária, que remete às condições de vida e à qualidade de vida. Nesse sentido, o discurso é construído na perspectiva coletiva, atribuindo à saúde um sentido mais amplo, implicado em ações de prevenção, promoção, tratamento e recuperação, envolvendo o bem-estar físico e emocional, assim como condições sociais, como o emprego bem-remunerado.

Estimulados a falar do que fazem para ter saúde, destacam atitudes de prevenção: cuidado com o físico e a mente, mediante exercícios, bom relacionamento com as pessoas na vida social “*[...] para termos uma vida digna, uma vida de qualidade.*” (Mário)

Abordam desde a dimensão individual da genética às condições de vida em sociedade. No argumento de Joel, para ter saúde é preciso primeiro ter sorte (isso é, não ter doença hereditária); segundo, ter acesso a serviços (saneamento básico, transporte, segurança e circulação na cidade sem aglomeração), cuja oferta é da responsabilidade do Estado; terceiro, ter responsabilidade individual. Assim, Joel argumenta sobre a multifatorialidade da saúde, do individual ao coletivo, enfatizando a questão da violência urbana e da corrupção, levantada por Flávia, ciente de que no Brasil se morre mais de violência do que de guerra em outros países.

Jana ressalta a questão afetiva, quando a sorte necessária não é somente da ordem da genética, mas do “*[...] nascer bem, em uma família com amor*”, condição que reduziria inclusive os efeitos de uma doença congênita.

A drogadição ganha relevo no grupo, quando Flávia a considera a maior e a pior doença nos dias atuais – “*[...] porque não acaba só com a saúde física, né? Mas acaba também com a saúde mental, social e com a família também, né*”. Mas o estatuto de doença à drogadição é questionado por Jana: “*[...] eu acho que é pior do que ter doença [...] a droga sempre foi a pior doença do mundo. Porque você fica agressivo, você rouba, né, você se droga e se acaba fisicamente e mentalmente e socialmente.*”

A questão social mobiliza no grupo, tensionando-o. Jana procura indicar o que se pode fazer pessoalmente para viver bem, independente da ação do Estado, para

ter saúde. A conversa então enfoca a falta de tempo para o autocuidado frente ao excesso de trabalho. Tenta-se superar a tensão gerada pela constatação de que não há saída para as precárias condições para se ter saúde. Flávia, Gina e Jana ponderam se é realmente necessário “[...] trazer tudo isso pra cima da gente” (Jana), refletindo sobre o que é ter qualidade de vida e como administrar o excesso de problemas, buscando alternativas no nível do indivíduo. Trocam informações sobre estratégias adotadas para realização de atividade física, cuidado com alimentação e administração do estresse. Criticam a falta de oferta de benefícios por empresas públicas, como ginástica laboral e atividades de redução do estresse devido ao excesso de trabalho, e a “cobrança terrível” (Diana) para o desempenho de diferentes papéis sociais: “[...] tem que ser um profissional qualificado, tem que estar se atualizando, tem que ser mãe, tem que ser mulher, é difícil!” (Jana)

As causas de estresse são encontradas na combinação dos múltiplos vínculos de trabalho com os baixos salários, face às condições da vida urbana, à necessidade de deslocamento a lugares distantes e em curto espaço de tempo, para assegurar um ganho suficiente às necessidades, entre outros. Imbrica-se, assim, a vida urbana, estresse/saúde-trabalho-salário, em que trabalho e salário são referenciais negativos para saúde, em especial para o trabalhador da saúde, na lida com o sofrimento e a morte (Jana), o que acarreta doenças nos profissionais de saúde (hipertensão arterial, transtornos psiquiátricos e LER). O grupo troca informações sobre os modos como administram o estresse nas situações de trabalho, no almoxarifado, na farmácia, na contabilidade, no laboratório, na angiologia e no serviço social.

Gina reflete sobre a necessidade de buscar múltiplos vínculos de trabalho para complementar o salário, face ao consumismo da sociedade atual, estimulado pela mídia. Outras necessidades são ressaltadas: a educação dos filhos e a assistência médica, sobre as quais o grupo evidencia sentimento de abandono pela instituição universidade.

As narrativas de Alan, Gina e Diana sobre as formas de manter a saúde destacam fatores limitantes da prevenção, atribuindo carga semântica negativa às condições de “fabricar saúde”: o fator má alimentação, vinculado às dificuldades financeiras e à falta de tempo – relacionada à condição aos múltiplos vínculos do trabalho –, leva as pessoas a comerem lanches rápidos e gordurosos, no tempo curto de deslocamento aos locais de trabalho. Falam ao mesmo tempo sobre dificuldades de administrar a alimentação, o tempo e o dinheiro para realizar atividade física e assegurar o acesso à assistência médica.

Reconhecem os limites do autocuidado, para assimilar as condutas preventivas, tanto para eles quanto para os pacientes de quem tratam. Comentam do significado de alimentação saudável em torno de um dito popular: “tomar café como rei, almoçar como príncipe e jantar como um mendigo.” O grupo se refere às normas contra as quais alguns acreditam pecar: seja na alimentação ou na atividade física, embora esse pecado seja entendido como resultante das dificuldades que se acumulam. De fato, nesse grupo o trabalho ganha uma dimensão relevante e limitante quando se trata de construir narrativas e práticas sobre a saúde.

Considerações finais

GUARDANDO AS ESPECIFICIDADES contextuais e os discursos dos adultos sobre saberes e práticas de saúde, neste estudo evidencia-se significados que ganham relevância no cotidiano da vida social dos sujeitos e oferece uma base empírica sobre as ressonâncias sociais dos discursos sobre a saúde do adulto na sociedade brasileira.

Termos e expressões são historicamente indexados à saúde e acompanham sua construção discursiva ao longo dos anos, como as noções de equilíbrio e harmonia e metáfora cartesiana do corpo-máquina de Descartes (1596-1650). Outros surgem no século XX, vinculados ao progresso e ao desenvolvimento científico e tecnológico, como qualidade de vida, totalidade, responsabilidade, estilos de vida, riscos, dentre outros.

São noções coerentes como observado por Gadamer (2006), Ayres (2007), Camargo Júnior (2007) e Castiel (2007) acerca da saúde na sociedade contemporânea, onde circulam os mais diversos discursos sobre saúde e ofertam-se bens e serviços diversos a ela relacionados, oriundos de diferentes fontes de informação e conhecimento, de modo que definir saúde permanece um desafio, se não uma impossibilidade.

Gadamer (2006) considera significativo que a expressão “qualidade de vida” tenha sido inventada na sociedade progressista e técnica dos dias atuais, pois ela descreve o desgaste que sofreu ao longo do tempo. Mas ressalta que o tema de como bem conduzir a vida é antigo. A ideia de saúde como equilíbrio remonta à Grécia antiga e fundamenta inúmeros campos disciplinares que se desenvolveram na modernidade: Física, Química, Biologia, Engenharia, Psicologia, Sociologia, Matemática, Economia e, dentre outras, Saúde. Para ele, a saúde é o ritmo da vida: um processo

contínuo, no qual o equilíbrio sempre volta a se estabilizar. Todo ser vivo procura manter um estado de equilíbrio (adaptação) com o meio, agindo de forma a superar perturbações na relação que com ele se estabelece.

De todo modo, são profundas as mudanças nos modos de adoecer e morrer da população brasileira; suas correlatas percepções e ações, para a proteção da saúde e convivência com seus determinantes, geram noções diversas sobre a saúde a circular na sociedade.

Neste estudo, tais noções comparecem nas narrativas de adultos no contexto de uma universidade pública, entrelaçadas e aparentemente confusas. São discursos preventivistas, promocionistas, existencialistas, vividos, acomodados, críticos, irreverentes, transgressores e culpados. Revelam ressonâncias de outros discursos sociais correntes em diferentes tempos da história, cumprindo uma função ideológica de cada tempo. Na sociedade capitalista contemporânea, tais discursos ideológicos sustentam os modos de produzir e consumir bens e serviços de saúde. São oriundos de campos disciplinares da ciência e da tecnologia que se enredam àqueles formulados pelos sujeitos a partir das experiências vividas com a saúde e a doença. Assim, diversos contextos são invocados pelos participantes para dar sentido às narrativas sobre saúde: a globalização, o desenvolvimento científico e cultural, os meios de comunicação, a família, o trabalho, o lazer, a vida urbana e o trabalho.

O destaque das noções de qualidade de vida, equilíbrio e harmonia, analisadas com o predomínio de uma visão funcional da relação corpo e mente, nos discursos de profissionais de nível superior, sugere que estes se encontram dominados pela visão positivista, funcionalista do corpo-máquina, perdendo a perspectiva da historicidade desse corpo social, ainda que biológico.

Dentre profissionais de nível médio, as noções de segurança, qualidade de vida e prevenção aparecem nas narrativas, orientadas pela necessidade de acesso dos sujeitos a bens e serviços de saúde. O cotidiano deste grupo, de menos poder aquisitivo e maior vulnerabilidade social, lhe permite associar a saúde e a doença às condições de vida e, portanto, aos determinantes sociais e como direito.

No grupo de docentes, a saúde é indexada às noções de movimento e equilíbrio, orientadas por uma visão de totalidade e complexidade da conexão ser, corpo e bem-estar. O discurso parece ser orientado pela subjetividade, que define o que é a saúde. A despeito dessa compreensão, o grupo se detém a uma visão subjetiva e individual da saúde.

Dentre os profissionais de nível superior da área da saúde, as noções de estilo de vida, qualidade de vida e condições de trabalho são interconectadas ao discurso da prevenção, em que saúde é limitada pelos fatores de ordem financeira e de tempo, trazendo uma perspectiva de política pública para a saúde.

Ressalta-se ainda que o grupo de técnicos de nível superior e o de docentes compartilham uma perspectiva mais individualista e imaterial da saúde, entretanto, para os primeiros há que se seguir regras, enquanto que entre docentes (maioria de mulheres) há que não segui-las, apontando-se para a possibilidade de transgressão ou autonegociação. Entre os docentes, a construção narrativa se mostra coerente com o universo dos pesquisadores que se depara com a complexidade do tema, remetida à compreensão do *continuum* do processo saúde-doença e à sua dimensão subjetiva. Entre participantes de nível médio, observa-se uma perspectiva menos individualista, em que o trabalho, os direitos trabalhistas e a responsabilidade do Estado ganham um relevo particular, que se expressa em expectativas por assistência médica, espaço de lazer e melhores condições de segurança e trabalho.

Nota-se que o discurso da qualidade de vida perpassa todos os grupos, de diversas maneiras, no sentido de um bem-viver, como colocado por Ayres (2007), mas que parece distante da experiência cotidiana dos sujeitos da pesquisa, embora sejam vários os relatos de esforços insistentes para alcançá-lo, ainda que reconhecendo seus limites.

Tempo, medo, autoestima, dificuldades relacionadas ao trabalho, ao deslocamento e questões financeiras são temas relacionados à saúde nesse grupo social, que recorre à perspectiva individualista para o enfrentamento dos problemas de saúde, em especial a promoção da saúde e a prevenção de doenças, revelando a hegemonia do pensamento biomédico que subjaz a todos os discursos.

Tais discursos demandam da comunicação ações que propiciem o diálogo acerca das condições produtoras da saúde, da promoção da saúde de uma perspectiva coletiva, convocando à análise das condições estruturais da vida e trabalho na universidade, que afetam a saúde, considerando os fatores de risco e as situações de vulnerabilidade dos trabalhadores. A tarefa que se coloca para a comunicação é a de enfrentar a disputa de sentidos sobre saúde e as formas de enfrentamento do adoecimento. Enquanto se atribui ao próprio indivíduo a responsabilidade por sua saúde – se enfatiza o autocuidado –, o trabalhador se assume como negligente e

busca por si as formas e os recursos para o bem-viver ou viver “do jeito que pode”, arrefece-se a compreensão da necessidade de lutas sociais por políticas públicas voltadas para o trabalhador da universidade e para a sua valorização.

A pesquisa oferece um conjunto de ideias, saberes, dilemas e práticas que resultam da escuta do trabalhador da universidade e que podem subsidiar ações de comunicação, de modo a contribuir com uma política de comunicação em saúde para ele.

Referências

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Uma concepção hermenêutica de saúde. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 43-62, jan./abr. 2007.

BARROS, José Augusto C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 67-84, jan./jul. 2002.

BERGER, Arthur Asa. *Narratives in popular culture, media, and everyday life*. London: Sage Publications, 1997. 198 p.

BIBEAU, Gilles; CORIN, Ellen. From Submission to the Text to Interpretative Violence. In: BIBEAU, Gilles; CORIN, Ellen. *Beyond Textuality, Ascetism and Violence in Anthropological Interpretation*. Berlin: Mouton de Gruyter, 1995. p. 3-54. (Approaches to Semiotics Series).

CAMARGO JÚNIOR, Kenneth Rochel. As armadilhas da “Concepção Positiva de Saúde”. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 76, n. 1, p. 63-76, 2007.

CANGUILHEM, Georges. *O normal e o patológico*. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006. 293 p.

CASTIEL, Luis David; ÁLVAREZ-DARDET, Carlos. *A saúde persecutória: os limites da responsabilidade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. 136 p.

CMAP TOOLS. IHMC Cmap Tools 5.03 (Knowledge Modelling Kit). Disponível em: <<http://cmap.ihmc.us/Download/>>. Acesso em: 2 mar. 2010.

GADAMER, Hans-Georg. *O caráter oculto da saúde*. Petrópolis: Vozes, 2006. 176 p.

JOVECHELOVITCH, Sandra; BAUER, Martin W. Entrevista Narrativa. In: BAUER, Martin W.; GASKELL, Georg (Org.). *Observação e coleta de dados sensoriais: sons, imagens, sensações*. Pesquisa Qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 90-113.

OCHS, Elinor. Narrative. In: VAN DIJK, Teun Adrianus (Ed.). *Discourse: a multidisciplinary introduction*. London: Sage Publications, 1997. p. 185-207.

Capítulo 3

**Varais de signos no itinerário
do trabalho de agentes
comunitários de saúde**

Maria Cecília Moraes Simonetti
Maria Lígia Rangel-S

Introdução

o **MODELO DE** comunicação hegemônico no campo da Saúde é influenciado pela teoria da *mass communication research*, cujo foco está na relação unidirecional de transmissão de mensagens, dos agentes emissores para as audiências receptoras. (RANGEL, 2005) Dessa corrente de pesquisa surgiram várias teorias, mais simplistas ou mais complexas, mas sempre considerando a comunicação como um sistema de mão única, centrado na agência do emissor que utiliza códigos, mensagens e canais para provocar efeitos específicos nas audiências, consideradas passivas, acríticas, espectadoras, meras receptoras.

Paulilo (1999, p. 222) assinala a fragilidade da lógica racional que habita o modelo de comunicação linear. A autora insiste na necessidade de descartar não apenas essa lógica racional, como também “[...] os discursos impositivos e as soluções generalizadoras e absolutas.”

Outras críticas ao modelo de comunicação linear, influenciado pela *mass communication research*, afirmam que uma de suas maiores limitações reside no fato de ele eliminar a polifonia social e a dimensão da vida cotidiana como espaço de produção de sentidos. (ARAÚJO, 2003-2004; MARTÍN-BARBERO, 1994) Ao fazê-lo, tal modelo acaba despolitizando o campo da Comunicação e tratando como unicamente técnico um campo mediado por relações sociais de poder.

Dentre as relações de poder que mediam o campo da Comunicação estão aquelas que produzem e reproduzem a assimetria de gênero, em conformidade com a visão dominante que, de acordo com Bourdieu (2003), é androcêntrica.

A resistência à transformação do ideário dominante relativamente ao gênero nos serviços da atenção básica à saúde foi apontada por Schraiber (2003). De acordo com a autora, os padrões do gênero e da sexualidade hegemônicos na sociedade brasileira se reproduzem nesses serviços, uma vez que, na percepção dos profissionais e trabalhadores das equipes das Unidades de Saúde da Família (USF), a mulher é vista “[...] como mãe e dona-de-casa.” (NATANSOHN, 2000, p. 58) Perry Scott também refere que os serviços de saúde da família dão maior ênfase às necessidades das mulheres em torno do acesso a métodos contraceptivos do que àquelas relacionadas a infecções sexualmente transmissíveis. (SCOTT, 2005)

Com base nesse referencial teórico, procura-se refletir se, ao interagirem com os moradores do bairro, os agentes comunitários de saúde (ACS) estão ou não contribuindo para a manutenção ou transformação das relações desiguais de gênero.

Este capítulo, baseado nos achados de um estudo de cunho etnográfico, tem o objetivo de analisar como a construção do gênero é operada por discursos enunciados em interações de ACS com residentes de um bairro popular de Salvador.

Abordagem teórico-metodológica

O OBJETO DE estudo e o marco teórico da pesquisa apontam para a pertinência de utilizar a metodologia qualitativa de enfoque etnográfico, que propicia uma aproximação substantiva do bairro de atuação dos ACS e uma participação ativa na vida dos atores, tal como proposto por Geertz (1978).

O trabalho de campo para esta pesquisa foi conduzido em um dos 22 bairros que formam o Subúrbio Ferroviário de Salvador, Bahia, região assim conhecida por se estender ao longo da ferrovia que margeia a orla da Baía de Todos os Santos.

A escolha do bairro deu-se pelo fato de ele abrigar uma das primeiras USF a se instalar no município de Salvador e, também, pela facilidade decorrente da existência de um contato prévio com uma pessoa moradora do bairro que se tornou um informante-chave.

Foi a partir deste informante que a pesquisadora identificou mulheres e homens interessados em participar da pesquisa. Essa estratégia de identificação das pessoas do bairro para as entrevistas foi um dos cuidados tomados para que a pesquisadora não fosse vista como uma profissional da saúde, fator que poderia de algum modo enviesar as respostas. Além disso, os primeiros contatos para as entrevistas foram iniciados antes que a pesquisadora passasse a percorrer as ruas ao lado de agentes de saúde.

Optou-se, neste texto, por trabalhar com as categorias empíricas de “mulher” e “homem”, embora se reconheça a necessidade de que os estudos ultrapassem a fixidez dos discursos binários da biomedicina moderna e da heterossexualidade compulsória para incorporarem as diversas formas de estar no mundo que ganharam visibilidade na contemporaneidade.

A investigadora acompanhou com regularidade o trabalho dos agentes comunitários de saúde junto às usuárias e usuários da USF que moram no bairro, no período de junho a outubro de 2007. Em vários momentos, a pesquisadora residiu no bairro com o propósito de se aproximar do cotidiano local, compreender algumas

características dos meios e modos de comunicação que circulam no bairro e, assim, identificar o ideário sobre gênero nas falas e gestualidades espontâneas. Neste sentido, a pesquisadora participou de eventos para os quais foi convidada, como festas de aniversário, apresentações culturais, ou almoços organizados nas casas de algumas pessoas entrevistadas.

O gênero como categoria de análise emergiu com as críticas feministas às abordagens que justificavam a assimetria de poder entre mulheres e homens, a partir das diferenças aparentes na anatomia sexual. Esse conceito veio, então, para contestar o suposto “alicerce biologicamente determinado” que serviu (e serve) para construir socialmente a relação hierárquica entre mulheres e homens, onde às mulheres está reservada a condição de “ser reprodutivo” e a posição de “ser inferior ao homem”. (HEILBORN; SORJ, 2002; SCOTT, 1990)

A produção sobre gênero no Brasil e no mundo é vasta. Ciente de que, diante da complexidade e das construções multifacetadas relativamente ao gênero, é necessário priorizar concepções que norteiem as análises dos discursos sobre gênero produzidos nas interações comunicacionais. A perspectiva adotada no presente estudo se aproxima das abordagens de Heilborn (2003), Heilborn e Sorj (2002), Scott (1990), Bourdieu (2003) e Goffman (1976, 1977) a respeito dos efeitos da socialização dos gêneros nos corpos e suas expressões.

Para analisar discursivamente a categoria gênero, além dos aportes de Bourdieu, também foram fecundas as reflexões de Tannen (1996), onde a autora analisa a categoria de estilo conversacional. Nesse livro, Tannen afirma que “[...] o exame das operações do estilo conversacional na interação pode ajudar a explicar como a dominação se cria realmente na interação” (TANNEN, 1996, p. 22) e que justamente por essa razão é que a interação é importante de ser analisada. De acordo com a autora, descrever as diferenças identificadas nos estilos conversacionais de mulheres e homens não significa afirmar que elas sejam determinadas biologicamente. Pelo contrário, Tannen argumenta que as fontes de diferenças de poder relacionadas com o gênero não são apenas linguísticas, considerando que a socialização ou experiência cultural é a principal influência formadora dos modelos impregnados de gênero nos modos de falar.

Os aportes teóricos relativos ao campo da comunicação interpessoal derivam da obra de Goffman (1970, 1974, 1976, 1977, 1981, 2007), de quem se traz os conceitos de interação e de *displays* de gênero, assim como da teoria de Bourdieu (1994, 1996, 2003, 2004) e seu conceito de incorporação de *habitus*. Ambos se referem

às expressividades na comunicação: Goffman reconhece nos *displays* de gênero o “peso das estruturas”, enquanto Bourdieu fala do trabalho social de construção das posturas e demais dimensões dos *habitus* nos contextos de dominação masculina. Neste sentido, os *habitus* encravados nos corpos e nos esquemas de percepção e ação são, neste artigo, vistos como discursos.

A categoria analítica relacionada à comunicação interpessoal é apreendida de Goffman (1976, p. 77,), que, analisando *displays* de gênero, sustenta que qualquer cena é uma ocasião para palavras e gestos descreverem uma “[...] multiplicidade de ‘generismos’¹ de ‘expressões’ de feminilidade (ou masculinidade).” Na opinião do autor, além de exprimir a dominação masculina e a submissão feminina, essas expressões de “generismos” nos contam que a função social desses signos consiste em entreter a expectativa de que a assimetria de gênero se assenta na natureza.

As ferramentas analíticas fornecidas por Goffman (1970, 1974, 1976, 1977, 1981, 2007) são apropriadas a este estudo, uma vez que, ao viabilizarem a apreensão de componentes expressivos das interações, permitem analisar expressividades e impressões, relativamente a gênero, produzidas no cotidiano de algumas das atividades de uma USF.

De acordo com Bourdieu, as relações interpessoais não são relações de indivíduo a indivíduo, ou de confrontação singular entre dois agentes particulares, até porque a interação nunca reside inteiramente na interação. O autor afirma:

As práticas mais estritamente voltadas, na aparência, para as funções de comunicação pela comunicação [...] estão sempre orientadas também para as funções políticas e econômicas. [...] A recepção (e, sem dúvida, também a emissão) depende [...] da estrutura das relações entre as posições objetivas dos agentes em interação na estrutura social estrutura esta que comanda a forma das interações observadas numa conjuntura particular. (BOURDIEU, 1994, p. 52-53)

Para Bourdieu, as interações não estão isoladas das relações de força simbólica e de força política, que perpassam os *habitus* “[...] sem dúvida pressentidos a partir de índices imperceptíveis da *hélix* corporal.” (BOURDIEU, 1994, p. 74)

A noção que adotamos aqui de disposições estruturadas de gênero indicará atitudes, posturas do corpo, gestualidades e falas conformes as regulamentações do gênero e observáveis mediante a incorporação do que a sociedade considera

1 “Genderisms” no texto original.

masculino e feminino, tais como: para a mulher, gestos delicados, tom de voz baixa, pouca assertividade e curiosidade, postura inclinada e cabisbaixa, dentre muitos outros; para o homem, gestos e falas diametralmente opostos aos da mulher. Similar e inversamente, serão referidas como “disposições transformadoras de gênero” as enunciações mediante as quais se exprime a desobediência àquelas regulamentações, pela problematização ou alteração em relação aos padrões tradicionais de gênero.

A investigação realizada articulou técnicas de pesquisa de consulta a fontes secundárias da USF, de observação participante com roteiro orientador e de realização de entrevistas com roteiro semiestruturado, sem deixar de dialogar com outros estudos e referenciais teóricos. Nas entrevistas, a categoria gênero foi acesada por meio de questões em torno dos termos “ser mulher” e “ser homem”. Nas interações, a categoria foi observada a partir das expressividades, verbais e não verbais, projetadas nos contatos face a face de profissionais da saúde e usuários dos serviços prestados na USF do bairro.

A investigação limitou o campo de pesquisa à região adscrita à USF escolhida, cujos profissionais acompanham cerca de 6.400 pessoas distribuídas em 1.725 famílias cadastradas. (SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA, 2006) De acordo com os relatórios dessa USF, existe um relativo equilíbrio numérico entre homens e mulheres em quase todas as faixas de idade. As maiores discrepâncias encontram-se no grupo com menos de 10 anos, no qual predomina o sexo masculino, e na faixa de 10 a 49 anos, onde as mulheres respondem por 52%. Aproximadamente 70% das pessoas que habitam o bairro estão em idade reprodutiva, uma vez que cerca de 20% estão abaixo de 10 anos, e 10% com 50 anos ou mais. As estatísticas da USF não informam a raça, a cor e a etnia dos residentes, mas basta percorrer o bairro para perceber que a área pesquisada é predominantemente constituída por residentes negros.

Em sua maioria (99,29%), as casas são construídas com tijolos ou adobe. Cerca de 95% delas são beneficiadas pela energia elétrica. O abastecimento de água pela rede pública beneficia 99,65% das famílias, mas somente 69,54% das famílias cadastradas utilizam água filtrada no domicílio, enquanto 2,3% recorrem à fervura, 0,59% à cloração e 27,51% à utilização de água sem tratamento. A coleta pública de lixo beneficia 97,76% das famílias; as demais queimam, enterram ou despejam o lixo a céu aberto. (SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA, 2006)

Quanto à observação participante, foi utilizada nas situações cotidianas da USF, bem como no acompanhamento do trabalho executado por agentes de saúde, ou seja, nos cenários que correspondem às reuniões de equipe nas unidades básicas de

saúde, às visitas domiciliares e às ações educativas e de comunicação, individuais e coletivas, nos domicílios e demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros). Essas ações constituem as de orientação quanto à utilização dos serviços de saúde, de promoção da saúde, de prevenção e busca ativa de doenças e agravos, de vigilância à saúde e de mobilização e participação da comunidade para o controle social. Quanto à comunicação no interior da equipe de saúde da família, além das reuniões acima mencionadas, ela também foi observada nas conversas informais dos profissionais com os agentes comunitários de saúde, nos “bastidores”, como afirma Goffman (2007).

Diariamente fez-se a observação da ambiência e funcionamento da unidade, privilegiando aspectos relacionados a gênero. Foram também observadas 85 visitas domiciliares, 5 visitas de supervisão, 5 consultas de planejamento familiar, 8 reuniões de equipe, uma ação de formação da equipe de agentes comunitários de saúde em temas de saúde sexual e reprodutiva, 2 campanhas de prevenção, assim como algumas conversas de bastidores.

Além disso, 28 entrevistas semiestruturadas em profundidade foram realizadas, 17 com residentes do bairro (11 mulheres e 6 homens com idades variando entre 20 e 50 anos), e 8 com agentes comunitários de saúde, das quais 4 com agentes mulheres e 4 com agentes homens. Entrevistou-se ainda três profissionais responsáveis pela supervisão dos ACS. As entrevistas foram gravadas e transcritas para permitir a sistematização dos dados e a análise das informações produzidas.

A análise dos resultados consistiu na interpretação dos padrões discursivos, particularmente o que se disse e o que se fez ao dizer, à luz do contexto social e do aporte teórico fornecido por Goffman (1970, 1974, 1981, 2007) e Bourdieu (1994, 1996, 2004). Para a análise dos resultados, recorreu-se a conteúdos das palavras, frases, gestualidades e marcas sonoras (posturas, posições dos corpos, entonações e silêncios) e demais modos de operação observados. A pesquisa enfatizou a observação dessa produção discursiva quanto à sua direção (normalização ou negociação de sentidos), seu foco (no indivíduo ou contexto social) e os esquemas de percepção das pessoas entrevistadas relativamente a gênero.

Resultados e discussões

A PARTIR DA obra de Goffman, para quem um encontro produz várias interações, buscou-se recortar e analisar as interações consideradas significativas para os propósitos deste estudo, particularmente aquelas das quais se depreenderam alguns *displays* de gênero.

Na análise dos resultados apresenta-se, em primeiro lugar, o ideário relativamente ao gênero, delineado a partir das respostas dadas pelas pessoas entrevistadas nesta pesquisa. Este será o pano de fundo contra o qual serão interpretados, em segundo lugar, os discursos produzidos nas interações entre ACS e residentes do bairro, com o objetivo de analisar como esses discursos operam a construção do gênero.

Scripts de família

Era um dia de vacinação das crianças com até 5 anos de idade e alguns lugares privilegiados para encontrá-las eram as creches do bairro. Uma delas chorava e, para acalmá-la, a enfermeira perguntou: “[...] *como é o nome do teu pai?*” A criança parou de chorar e, na falta de uma resposta, permaneceu como estátua na fração de minuto que se estendeu, até a professora intervir: “[...] *é que ela não conhece o pai.*”

Perguntas aparentemente simples sobre familiares ficam sem resposta, nesta e noutras muitas creches, sempre que a família anunciada regularmente pelos discursos hegemônicos não se faça presente. Perguntas tão banais na aparência, como essa, onde a pessoa adulta pergunta o nome do pai à criança, são o efeito desses discursos e, ao mesmo tempo, servem para dar continuidade ao *habitus* de que toda criança mora com mãe e pai. Cenas como essa são frações do longo trabalho social de que fala Bourdieu (1994, 2003), ao analisar a produção e reprodução de *habitus* em contextos de dominação masculina, um trabalho que não opera sob a forma de uma ação pedagógica explícita, mas que contribui, de modo quase imperceptível, para manter a ideia de que é natural que mãe, pai e filhos sempre convivam conforme um único modelo de família.

Em uma das paredes da creche, esse mesmo discurso é reforçado por cartazes sobre a família. Um deles, sobre os pais, é uma colagem de figuras recortadas de

revistas de homens brancos de terno e gravata. Trata-se, em nossa interpretação, de um *display* de gênero que anuncia o que se espera que os homens sejam, além de articular gênero, raça/etnia e classe social, segundo a visão sociopolítica dominante. O discurso do cartaz contrasta com a fachada que o bairro apresenta, onde homens são majoritariamente negros, vários sentados à rua por força do desemprego, alguns com crianças no colo ou brincando ao redor.

Fraldas dependuradas

Seguindo os varais do bairro, chega-se a uma casa isolada, escondida atrás das fraldas. Uma criança recém-nascida no bairro receberá a primeira visita domiciliar. O pai abre o portão e conduz a enfermeira e a ACS até a sala, onde a mãe amamenta a bebê. Ele permanece no quintal enquanto, na sala, ocorre o seguinte diálogo:

MÃE: Esta é minha sexta filha.

ENFERMEIRA: Menina, você tem que parar aqui!

Enquanto o diálogo entre a mãe e a enfermeira continua, o pai entra na sala, pedindo desculpas, pega uma sacola e, ao sair, dirige-se à ACS:

PAI: Vou ficar lá fora.

ACS: Fique à vontade, não tem problema.

Logo que o pai sai da sala, ouve-se a enfermeira dizer à mãe: *"[...] você sabe que não deve ter contato sexual nos próximos 42 dias!"*

Na cena acima, a comunicação interpessoal da enfermeira com a mãe apresenta uma característica similar a dos discursos mediatizados no campo da Saúde: comunicação linear, com mensagens imperativas, dirigidas a indivíduos (neste caso à mãe) e enfatizando o seu dever individual de prevenir danos à saúde.

Sabe-se que evitar o contato sexual naquele mês e usar algum método anticoncepcional para evitar outra gravidez não são atos individualizados, da competência exclusiva da mulher, uma vez que ocorrem no contexto de uma relação. No entanto, em nenhum momento se fez menção de chamar o parceiro, que estava ao lado, no quintal. Ao contrário, quando ele entrou rapidamente na sala, pedindo licença,

e saindo em seguida, ouviu da agente comunitária que poderia ficar à vontade, ou seja, escolher onde ficar. Sua opção por sair da sala foi até reforçada pela fala “*não tem problema*”.

À primeira vista, não envolver o marido na conversa sobre uma situação relacional ligada a práticas sexuais pode parecer insignificante. Porém, analisada sob o enfoque das relações de gênero, a situação poderá oferecer problemas tais como os que foram constatados por Dantas-Berger e Giffin (2005) sobre a violência contra as mulheres praticada na privacidade do lar, predominantemente pelo marido ou companheiro, muitas das vezes porque a mulher recusou ter relação sexual com ele. Em um estudo sobre a invisibilidade dessa violência, essas autoras afirmam:

[...] a relação sexual ocorreu, muitas vezes, sob forma de coerção ‘naturalizada’ ou como ‘cláusula’ prevista no contexto das obrigações conjugais. Todas [as mulheres] relataram alguma situação do parceiro querer e insistir na transa apesar dela não querer; [...] De modo geral, apesar de tentarem ‘resistir’ – dizerem não – acabavam ‘cedendo’ à relação sexual, algumas vezes por temerem a agressão física, a perda de apoio financeiro ou acusações de infidelidade. [...] A violência física, de fato, exacerbou-se em alguns casos quando negaram o sexo como obrigação conjugal. (DANTAS-BERGER; GIFFIN, 2005, p. 422)

Na pesquisa realizada, se pode verificar a interferência da assimetria de gênero até mesmo no uso de métodos para evitar a gravidez, pois algumas mulheres moradoras do bairro, que participaram em uma reunião de planejamento familiar organizada pela USF, afirmaram que recorrem ao método da injeção para que seus maridos não fiquem sabendo que elas estão fazendo uso de contracepção. Na pesquisa também se verificou que, para não se exporem a situações de violência, quando não querem ter relações sexuais, algumas mulheres mentem, dizendo que estão menstruadas, indicando a resistência de vários homens em aceitar que suas parceiras recusem contato sexual com eles.

Outro problema relacionado ao fato de não envolver o marido na conversa está em reproduzir o *habitus* pelo qual a contracepção é um assunto exclusivo à ordem do feminino. Neste sentido, a cena é um *display* de gênero exemplar, onde se perdeu a oportunidade de envolver o marido na preocupação de evitar a gravidez e de, sobretudo, pensar que há métodos contraceptivos que funcionam sem a mediação do corpo da mulher e que não são somente anticoncepcionais. Este é o caso do preservativo que representa uma dupla ou tripla proteção: previne a gravidez,

a infecção pelo vírus da imunodeficiência adquirida (HIV) e outras infecções sexualmente transmitidas (IST).

No bairro, assim como em outras localidades brasileiras, esse sentido de dupla ou tripla proteção do preservativo só circula quando o problema é a prevenção da gravidez e da Aids na adolescência, conforme estudo de Heilborn e outros (2006) sobre o aprendizado da sexualidade. Na população adulta vigora a linha de demarcação que separa planejamento familiar e proteção contra as outrora denominadas doenças venéreas, isso é, a separação entre o que se usa em casa e na rua.

A propósito dessa questão, a análise das representações de homens da classe popular sobre as sexualidades feminina e masculina e a relação entre gêneros sinalizam, segundo Salem (2004), que, no ideário dos entrevistados, o uso do preservativo nos espaços da casa tem um sentido de desrespeito às parceiras fixas (na casa) por significarem uma equiparação destas às chamadas “mulheres da rua”.

Enquanto os discursos agirem para a permanência desses esquemas de percepção, será difícil às mulheres, individualmente e no interior das casas, modificarem algumas das condições que contribuem para a manutenção dos esquemas de disposição, percepção e apreciação de gênero, uma vez que, de acordo com Bourdieu (2003), esses esquemas, ou *habitus*, são produzidos e reproduzidos pelo poder simbólico, no contexto dominado pela visão androcêntrica.

Na casa escondida atrás das fraldas penduradas no varal, os discursos produzidos nas frações da comunicação interpessoal que foram observadas não operaram para a desconstrução da assimetria de gênero. Desta forma, é possível afirmar que, em situações de interação com residentes do bairro, os discursos dos profissionais de equipes de saúde da família operam, ainda que sem intenção, para a permanência dessa assimetria.

Mulheres que bordam com fios e mulheres à borda – por um fio

NESTA RUA, HÁ mulheres donas de casa, que pintam e bordam. Pintam camisetas, toalhas e guardanapos, e bordam vestidos de festa de casamento, com miçangas e vidrilhos. Outras fazem roupas ou flores de pano. A maioria delas vende seu artesanato para familiares, amigas e visitas.

Uma das bordadeiras comentou que um casal havia se mudado para uma casa do outro lado da rua e que a mulher nunca saía da casa. Essa bordadeira chegou a ir até a casa para convidar a nova vizinha para vir bordar com ela, para uma fazer companhia à outra. A mulher não aceitou o convite, e a bordadeira comentou com a ACS que percebia “[...] algo de estranho com ela.”

Na primeira visita à nova moradora, foi ela mesma que abriu a porta e convidou para entrarmos na sala, onde havia apenas uma televisão ligada e uma cadeira de plástico branco. É nela que a ACS se senta, porque tem que preencher a ficha de cadastramento – diga-se de passagem que os ACS costumam sempre carregar consigo uma pasta com as fichas de cada pessoa visitada no dia. Na maioria das vezes mal conseguem olhar para o residente: vão fazendo as perguntas e anotando as respostas.

Pode ser que, por se concentrar no preenchimento da ficha, a ACS não tenha percebido que a mulher estava tensa e com manchas no pescoço. Logo que se sentou, a ACS começou a ler as perguntas da ficha e a escrever as respostas.

ACS: Até quando você estudou?

MULHER: 6ª série.

ACS: Você precisa voltar a estudar, precisa estudar!

Em pé, na passagem da sala para o quarto, a mulher projeta um corpo duro, trancado, seus ombros estão tensos, quase se encostando à orelha. Ela fica apertando uma mão na outra, raramente soltando-as, mantendo-as sempre na altura do peito. E a ACS, sem fazer menção a esses gestos, segue perguntando as questões da ficha:

ACS: Aqui tem água filtrada?

MULHER: Não.

ACS: Faz tratamento da água, ferve?

MULHER: Não.

Enquanto a ACS anota, a mulher introduz um assunto que a ACS deixa de aprofundar:

MULHER: Emagreci muito ultimamente.

ACS: Está com stress? Com algum problema?

MULHER: Sim. Eu não sinto apetite, por isso estou emagrecendo. Mas também estou preocupada com meu pescoço.

ACS: Algum problema com o marido?

MULHER: Sim.

ACS: Você está fazendo planejamento familiar?

MULHER: Não.

ACS: Vou ver se consigo marcar uma consulta com Lúcia, porque você não está usando nada.

MULHER: Colocam DIU² no posto?

ACS: Não, mas encaminhamos [e explica com detalhes onde ela vai ter que ir, etc.].

MULHER: Faz tempo que não tenho mais relação com ele.

ACS: Por quê?

MULHER: Não tenho vontade.

ACS: Você precisa sair mais, encontrar mais pessoas, caminhar, vai fazer bem.

Pelo fato de ter ficado, a maior parte do tempo, lendo as perguntas e escrevendo as respostas, ACS limitou sua expressividade na interação, ao mesmo tempo em que não se deixou impressionar pelas expressividades da mulher residente, principalmente a expressividade do seu corpo tenso e do seu pescoço marcado. Para a pesquisadora, a cena sugeriu que na interação, apesar de a mulher ter tentado trazer para a conversa o tema da violência doméstica, a linha de ação que prevaleceu na situação interativa foi a da estratégia da saúde da família, onde ainda não se problematiza a assimetria de gênero, tal como foi apontado por Scott (2005).

Faz mais de 20 anos que os lares têm sido identificados como lugares perigosos e associados ao estupro conjugal, por pesquisadoras como Azevedo (1985), Silva (2003) e Dantas-Berger e Giffin (2005). No entanto, apesar dos avanços, a violência sexual doméstica continua sendo pouco evidenciada ou inexistente. (DANTAS-BERGER; GIFFIN, 2005)

A violência contra as mulheres é um problema contemplado na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2004), mas, de acordo com Porto e outros (2003), tende a ser vista por profissionais da saúde como uma demanda feminista e não, como afirmam Schraiber e D'Oliveira (1999), como uma questão de saúde pública.

Sabe-se que o termo “violência contra a mulher” é polissêmico e diz respeito a um problema complexo, cujo enfrentamento, previsto na lei nº 11.340/2006, conhecida como Lei Maria da Penha (BRASIL, 2007), continua de difícil resolução, conforme

2 Dispositivo Intrauterino.

constatado por Schraiber e outros (2007) em estudo sobre as possibilidades de se estabelecer uma rede intersetorial de atendimento a mulheres em situação de violência.

Os discursos verbais e não verbais da interação acima descrita permitem algumas indagações. Pergunta-se, por exemplo, até que ponto o preenchimento da ficha de cadastramento, além de ser uma obrigação profissional, poderia funcionar como um subterfúgio para que ACS não abordem temas complexos como o da violência contra as mulheres residentes no bairro, para o qual não estão preparados profissionalmente? Seria essa atitude silenciosa da ACS, em relação à preocupação da residente com o pescoço e sua falta de vontade de ter relação com o companheiro, o resultado daquilo que Porto e outros (2003) denominam de “cegueira de gênero”? Teriam ambas – a agente e a mulher residente – estabelecido um pacto de silêncio sobre o assunto, encaminhando a conversa para o planejamento familiar e deixando o tema da violência para a consulta ginecológica, onde supostamente poderia fluir com mais abertura?

Segundo os comentários dos ACS que participaram da pesquisa, eles não ousam conversar sobre o tema pelo fato de morarem na mesma localidade onde reside o casal. Em sua percepção, este aspecto leva-os a priorizarem o respeito à vida privada, inclusive para não expor as agressões do parceiro, nem a mulher vitimada, nem eles próprios.

Tendo como referência esses estudos, argumenta-se que, para poderem contribuir mais efetivamente de modo a diminuir a possibilidade de ocorrência de casos de violência doméstica contra a mulher, seria útil que os profissionais que trabalham na estratégia de saúde da família recebessem uma formação de qualidade sobre essa forma de violência. Ao não olharem para essa possibilidade, os profissionais deixam de trabalhar com um dos efeitos mais cruéis da assimetria de gênero.

“Você é macho ou machucado?” – construindo o masculino

Cena 1 – Visita de seguimento de uma agente comunitária a uma usuária com hipertensão:

Enquanto segue a conversa, entra na sala o filho da mulher, de 6 anos de idade:

ACS: Você já foi ao dentista. Gostou?

CRIANÇA: [Faz gesto que sim com a cabeça].

ACS: Na próxima consulta, sua mãe não vai entrar na sala, você vai entrar só e sentar na cadeira do dentista. Não queremos mais mães entrando na sala.

CRIANÇA: [cara de espanto, de quem não gostou da ideia e começa a ir embora].

ACS: É que a gente quer ver se você é macho ou machucado. Você sabe o que quer dizer macho? Macho é homem que não chora, e machucado é homem que chora. Você é macho ou machucado?

CRIANÇA: Eu sou macho [com orgulho].

[ACS e mãe dão risada, felizes, e a criança começa a se exhibir].

ACS: Você já é um rapaz, por isso é que vai sozinho pro dentista. [criança chega mais perto dela, ela pega o braço da criança e pega no músculo] olha só como ele já está ficando forte!

Cena 2 – Visita de cadastramento de um agente comunitário:

Jovem de 15 anos, gestante de três meses, pede ao marido para ele ir comprar pão. O marido sai e, na volta da rua, chama Chiquinha e diz que trouxe sonho. Ela dá as costas dizendo que quer pão. Ele não diz nada e vai buscar o pão. Quando ele sai, o ACS comenta: *“Esse cara tem paciência, eu já teria mandado ela comer o sonho.”*

Cena 3 – Visita domiciliar de uma agente comunitária a uma usuária com diabetes:

USUÁRIA: Minha filha namorava um cara muito ciumento, que tirou a virgindade dela e que não a deixava sair de casa. Aí ela se encheu e brigou com ele. Quando ela começou a namorar com outra pessoa, ele reapareceu e convenceu minha filha a voltar com ele. Um dia ela veio me dizer que estava grávida. Eu disse: ‘Mas você não usou camisinha?’ E ela respondeu: ‘Mãe, eu pedi camisinha, e ele disse que estava usando uma.’ Fiz de tudo pra filha abortar, dava até bebidas [chás abortivos]. Então eu fui falar com ele, dizer que ele precisava assumir o bebê, e foi aí que ele contou que não ‘tava’ com camisinha. Fiquei chateada, queria um neto, mas não assim. Ela não tem juízo. Juízo tinha era meu filho, que faleceu quando foi apartar uma briga. Ele sim era um bom filho. Desde os 7 anos saía pra vender pirulito, o que tivesse. Ele era direito, estava aprendendo marcenaria [mostra a foto dele]. Quando tinha 13 anos, as meninas sempre ficavam rodeando no portão, ele era estruturado, com 13 anos ele tinha já corpo de homem.

ACS: Forte [interrompe e completa].

Nas interações acima, as falas inesperadas dos ACS contribuíram para reforçar a ideia socialmente dominante de que homens “mandam, são fortes e machos”. Como afirma Bourdieu, a dominação masculina se reproduz não por uma ação didática

explícita, mas resulta de um trabalho social onde, de modo quase automático, os discursos atuam para a permanência de oposições assimétricas, como a de gênero. Em Goffman, os *displays* de gênero projetados em situações de interação cumprem a função de obscurecer a construção social da realidade.

Na primeira fala, pode-se perceber como a construção dos “machos” se faz por meio de gestos como o de apalpar o braço e afirmações que opõem “machos” e “machucados”. “Machucados” é termo que se refere a homens que choram, e teria, assim, um sentido pejorativo, pois ao mesmo tempo em que os distingue dos machos, aproxima-os do domínio atribuído ao feminino, de onde supostamente faria parte o choro.

Os *habitus* de gênero relativamente ao “masculino” foram complementados por discursos exemplares sobre o “feminino”, conforme os trechos de interações entre profissionais da saúde e residentes, reproduzidos abaixo. Apenas em uma das situações interativas, na Cena 6 (abaixo), a usuária projetou uma fala que se diferenciava daquela proferida pela ACS.

Cena 4 – Visita domiciliar de acompanhamento a um usuário com diabetes avançada, descoberta quando nem sentiu que queimara a perna na fogueira de São João.

Diz a profissional de saúde: “[...] o senhor tem que casar com uma mulher pra ela cuidar de você.”

Cena 5 – Visita domiciliar de acompanhamento a uma usuária com hipertensão, que atende e pede para a ACS entrar, desculpando-se pela bagunça da casa:

USUÁRIA: Quem arruma a casa são minhas filhas, e elas estão acordando agora.

ACS: Assim é que é bom. Menina é mais ajeitada, menino não dá pra arrumar a casa.

Cena 6 – Visita domiciliar de acompanhamento a uma usuária com diabetes.

Em dado momento, quando a residente mencionou algo sobre o neto, seguiu-se o seguinte diálogo:

ACS: Homem é danado, mulher é sempre mais acomodada.

USUÁRIA: [expressão de contrariedade] Minha filha trabalha em dois hospitais pra ter independência e não ter que pedir nada pro marido.

Cenas semelhantes a essas foram observadas, na pesquisa, em interações dos agentes comunitários homens com as usuárias. Em uma das vezes, depois de um comentário de uma moradora sobre a menina que brincava no quintal, um ACS homem falou: “[...] *é assim mesmo, lugar de mulher e de cão é o chão.*”

Esses discursos durante as interações podem ser interpretados como tendentes a reproduzir disposições de gênero estruturadas no passado, ou seja, que contribuem para a permanência da assimetria de gênero.

A dominação de gênero vem sendo questionada há décadas, mas principalmente nos últimos 30 anos, dentro e fora da academia. Teorias e movimentos sociais comprometidos com a transformação social, feministas ou não, identificaram e problematizaram os dispositivos sociais que estabelecem a heterossexualidade compulsória e que discriminam outras formas de amar e desejar. Propuseram a rejeição dos *habitus* que naturalizam e fixam o “ser homem” e “ser mulher” e restringem as mulheres à reprodução, sem considerar suas outras possibilidades de expressão.

Porém, a desconstrução desses padrões tem-se revelado uma tarefa longa, até porque a definição social e diferencial dos corpos, dos órgãos sexuais e dos seus usos legítimos é fruto de um longo trabalho coletivo ideológico de construção simbólica e prática. (BOURDIEU, 2003)

A linha de separação entre os dois campos – o feminino e o masculino – foi histórica e politicamente demarcada a partir de um suposto e absoluto determinismo biológico. Nos tempos contemporâneos, essa linha começou a se deslocar em função da visibilidade conquistada pelos movimentos sociopolíticos de lésbicas, gays, travestis e transexuais, e da produção de conhecimentos, problematizando o dimorfismo da biomedicina moderna. (PEREIRA, 2004)

Entre as pessoas entrevistadas que moram no bairro, a homofobia parece continuar sendo um *habitus* compartilhado por algumas mulheres, assim como por alguns homens. Ao se analisar as respostas dadas às entrevistas, foi possível perceber que, no plano discursivo, todos residentes e ACS afirmaram a existência de outras orientações sexuais e identidades de gênero se projetando contra o pano de fundo da (di)visão binária dominante. Entretanto, nem todos entrevistados parecem se sentir confortáveis em conviver com lésbicas, gays e travestis.³

3 Neste texto mantêm-se o termo “travestis”, o único conhecido pelas pessoas que participaram da pesquisa. De acordo com Kulick (2008), as travestis condensam determinadas ideias, representações e práticas do feminino e do masculino, pois modelam seus corpos para que apareçam como “mulheres perfeitas”, ao mesmo tempo em que preservam seus órgãos sexuais externos de nascença, com os quais mantêm relações sexuais com homens, definindo-se como homossexuais.

Quando se compara as falas de ACS e moradores sobre lésbicas, gays e travestis residindo no bairro, surgem discursos diferenciados. Por um lado, enquanto muitos ACS se expressam com relativa dificuldade, indicada por excessivas autocorreções, os moradores homens apresentam um discurso que flui com mais facilidade. Por outro lado, enquanto ACS afirmam não haver muitos homossexuais na área, moradores fazem afirmações que se aproximam da fala destes residentes, respectivamente um homem e uma mulher: “[...] no bairro, ah!! No bairro tem [gay] aí, de cassetada. Em relação às travestis, apenas alguns conhecem e sabem onde moram: no fim de linha tem [...] tem no fim de linha! [silêncio] Eu num digo que a gente tem certeza, só de vista, no caso.”

Ao abordar a relação dos residentes do bairro com lésbicas, gays e travestis, os discursos de residentes, uma moradora mulher e dois moradores homens, anunciam algumas variações, na medida em que há quem critique em função do suposto dimorfismo biologicamente determinado e quem afirme respeitá-los:

MORADORA: Eu acho isso daí uma [...] é triste até.

PESQUISADORA: Triste por quê?

MORADORA: Eu acho, eu acho triste, ‘cê’ tá entendendo?

PESQUISADORA: Por quê?

MORADORA: Porque a mulher foi feita pro homem, e o homem pra mulher. Não tem nada de ‘tá’ misturando as coisas.

MORADOR: Ah, é tranquilo. Todo mundo se acostumou e não liga mais não. [...] Tem amizade assim só ‘oi’ e pronto.

MORADOR: Eu mesmo não tenho nada contra nenhum deles, conheço alguns aí e falo com eles, me dou bem com eles, ‘bom dia’, ‘boa tarde’. Alguns vêm aqui e bebem, eu converso tudo, não tenho nada não, cada um ‘veve’ sua vida.

No entender de outro morador, existe uma relação entre machismo, violência e homossexualidade feminina:

MORADOR: Acho que tem mais lésbicas por causa dos homens que são violentos. Uma amiga minha, que é lésbica, me disse que o marido não a respeitava, batia nela, não era carinhoso. E [pausa] você sabe [pausa], todo mundo quer carinho, todo mundo precisa de alguém. Então ela foi procurar essa companhia com outra mulher.

Nas equipes de ACS existe unanimidade em afirmar o respeito que guardam em relação a gays, lésbicas e travestis residentes no bairro. No entanto, é de ressaltar

que o uso do termo “respeito” se faz acompanhar em alguns casos de conjunções – “se” e “mas” – que sugerem a permanência de algum distanciamento entre ACS e homossexuais residentes, como se depreende das falas abaixo, de agentes de saúde, um homem e outra mulher:

Eu respeito, se vierem falar comigo, vou tratar como pessoas iguais às outras.

(ACS homem)

Sabe, eu respeito, trato bem, de cumprimentar, assim, mas não tenho amizade.

(ACS mulher)

O recurso à autocorreção inunda as falas de ACS quando se trata de falar de lésbicas, *gays* e travestis. De acordo Schegloff, Jefferson e Sacks, (1977), várias interrupções são recursos de autocorreção que indicam não a correção de um erro, mas uma forma de organização do uso da linguagem na interação social. Os depoimentos de um agente homem e duas agentes mulheres, abaixo transcritos, são exemplares neste sentido:

Olha, na minha área não [...]. Não tem, onde eu moro não tem, mas [...] Não acho nada, nada contra não. *(ACS homem)*

Aqui tem pouco, mas eu não me dou muito assim, não tenho muito, não converso muito não, não tenho muita amizade não com esse tipo de gente. *(ACS mulher)*

São tratados normais, num, ninguém [...]. Não são mais adolescentes, já são adultos, no caso, então as pessoas meio que acostumaram [...]. *(ACS mulher)*

Esses depoimentos sugerem que, apesar de reconhecerem formas de estar no mundo que se distinguem da (di)visão androcêntrica dominante sobre “ser mulher” e “ser homem”, a discriminação ainda permanece nos discursos da maioria dos ACS. Entre estas, chama a atenção o recurso a termos tais como “esse tipo de gente” e “são tratados normais”. As falas com muitas autocorreções (SCHEGLOFF; JEFFERSON; SACKS, 1977) podem ser interpretadas como um índice da pouca familiaridade das equipes em se relacionar com homossexuais, até porque, na percepção da maior parte dos ACS, no bairro não há muitos *gays*, nem lésbicas e nem travestis. Essa percepção das equipes vai ao encontro de estudos sobre a homossexualidade no Brasil, onde há inferências de que lésbicas, *gays* e travestis representam menos de 10% da população brasileira. (MOTT, 2002) Nas equipes de ACS, apenas um agente comunitário homem referiu que “[...] no trabalho, tem aqueles que se abrem pra dizer

que são homossexuais, e eu acho que essa questão da orientação sexual é de cada um, mas 'num' pergunto assim diretamente porque, para uma parte da comunidade, esse assunto é segredo."

A partir dos resultados acima, pode-se afirmar que a USF local não é uma referência para atendimento em saúde de lésbicas, gays e travestis residentes. Além disso, os discursos produzidos por profissionais da saúde nas interações com residentes atuam para a permanência dos clichês do feminino e do masculino, mantendo essa linha de reforçar a imagem das "mulheres femininas" e do "homem macho". No entanto, falas de alguns moradores parecem sugerir deslocamentos em relação a esses estereótipos.

Considerações finais

NO CONTEXTO DO bairro, os esquemas de percepção e de ação dos ACS e dos usuários, informados por dispositivos do poder simbólico, tendem a dar continuidade à assimetria de gênero nas relações entre mulheres e homens.

São poucos residentes e profissionais da saúde da família no bairro que, no plano dos discursos, anunciam uma possível desconstrução da linha que demarca simbolicamente – e valoriza desigualmente – os domínios do feminino e do masculino estabelecidos pela visão androcêntrica dominante.

Pode-se interpretar que ações implementadas pela USF na área deixam de aproveitar algumas situações oportunas para problematizar "generismos" (Goffman) e *habitus* de gênero (Bourdieu). Pelo contrário, nos extratos dos discursos produzidos nas interações de ACS e residentes, ou nas entrevistas realizadas pela pesquisadora, se depreendem mais disposições de gênero estruturadas no passado do que disposições de gênero estruturantes de transformações nessa assimetria.

Neste sentido, ainda que sem intenção, os discursos produzidos nas situações de interação dos profissionais de equipes de saúde da família com residentes do bairro operam para a reprodução das desigualdades de gênero nas relações sociais.

Referências

- ARAÚJO, Inesita Soares de. Mercado simbólico: um modelo de comunicação para políticas públicas. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 8, n. 14, p. 165-177. set./fev. 2003-2004.
- AZEVEDO, Maria Amélia. *Mulheres espancadas*. São Paulo: Cortez, 1985.
- BOURDIEU, Pierre. *A dominação masculina*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.
- BOURDIEU, Pierre. Esboço de uma teoria da prática. In: ORTIZ, Renato; FERNANDES, Florestan (Org.). *Pierre Bourdieu*. São Paulo: Ática, 1994. p. 46-81.
- BOURDIEU, Pierre. *O poder simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.
- BOURDIEU, Pierre. *Razões práticas: sobre a Teoria da Ação*. Campinas: Papiрус, 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 8 ago. 2007. Seção 1. p. 1-4.
- DANTAS-BERGER, Sônia Maria; GIFFIN, Karen. A violência nas relações de conjugalidade: invisibilidade e banalização da violência sexual? *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 417-425, mar./abr. 2005.
- GEERTZ, Clifford. Uma descrição densa: por uma teoria interpretativa da cultura. In: GEERTZ, Clifford. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978. p. 13-41.

- GOFFMAN, Erving. The arrangement between the sexes. *Theory and Society*, Amsterdam, v. 4, n. 3, p. 301-331, 1977.
- GOFFMAN, Erving. Footing. In: GOFFMAN, Erving. *Forms of talk*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1981. p. 124-159.
- GOFFMAN, Erving. *Frame analysis: an essay on the Organization of Experience*. New York: Harper & Row, 1974.
- GOFFMAN, Erving. Gender displays. In: GOFFMAN, Erving. *Gender Advertisements*. Cambridge: Harvard University Press, 1976. p. 69-77.
- GOFFMAN, Erving. *A representação do eu na vida cotidiana*. Petrópolis: Vozes, 2007.
- GOFFMAN, Erving. Sobre el trabajo de la cara. In: GOFFMAN, Erving. *Ritual de la interacción*. Buenos Aires: Tiempo Contemporáneo, 1970. p. 11-25.
- HEILBORN, Maria Luiza. Articulando gênero, sexo e sexualidade: diferenças na saúde. In: GOLDENBERG, Paulete; MARSIGLIA, Regina Maria Giffoni; GOMES, Maria Helena de Andréa (Org.). *O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 197-208.
- HEILBORN, Maria Luiza. Experiência da sexualidade, reprodução e trajetórias biográficas juvenis. In: HEILBORN, Maria Luiza et al. (Org.). *O aprendizado da sexualidade*. Rio de Janeiro: Garamond: Fiocruz, 2006. p. 30-59.
- HEILBORN, Maria Luiza; SORJ, Bila. Estudos de gênero no Brasil. In: MICELI, Sérgio (Org.). *O que ler na Sociologia Brasileira (1970 – 1995)*. 2. ed. São Paulo: Sumaré, 2002. p. 183-221.
- KULICK, Don. *Travesti: prostituição, sexo, gênero e cultura no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
- MARTÍN-BARBERO, Jesus. América Latina e os anos recentes: o estudo da recepção em comunicação social. In: SOUSA, Mario Wilton de (Org.). *Sujeito, o lado oculto do receptor*. São Paulo: Brasiliense, 1994. p. 39-68.
- MOTT, Luiz. Porque os homossexuais são os mais odiados dentre todas as minorias? In: CORREA, Mariza (Org.). *Gênero & cidadania*. Campinas: Unicamp, 2002. p. 143-155. (Coleção Encontros).

NATANSOHN, Leonor Graciela. Medicina, gênero e mídia: o Programa Mulher da TV Globo. *Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 8, n. 1, p. 46-63, 2000.

PAULILO, Maria Ângela Silveira. *Aids: os sentidos do risco*. São Paulo: Veras, 1999.

PEREIRA, Carlos Alberto M. O impacto da Aids, a afirmação da "Cultura Gay" e a emergência do debate em torno do "Masculino" - O Fim da Homossexualidade? In: RIOS, Luís Felipe et al. (Org.). *Homossexualidade: produção cultural, cidadania e saúde*. Rio de Janeiro: ABIA, 2004. p. 52-62.

PORTO, Madge et al. A saúde da mulher em situação de violência: representações e decisões de gestores/as municipais do Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, p. 243-252, 2003. Suplemento 12.

RANGEL-S, Maria Ligia. *Competências e performances na comunicação interpessoal em serviços de Saúde*. Brasília: SESI, 2005.

SALEM, Tania. "Homem... já viu, né?": representações sobre sexualidade e gênero entre homens de classe popular. In: HEILBORN, Maria Luiza (Org.). *Família e sexualidade*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004. p. 15-61.

SCHEGLOFF, Emanuel; JEFFERSON, Gail; SACKS, Harvey. The Preference for Self-Correction in the Organization of Repair in Conversation. *Language*, Washington, v. 53, n. 2, p. 361-382, 1977.

SCHRAIBER, Lilia Blima. Equidade de gênero e saúde: o cotidiano das práticas no Programa Saúde da Família do Recife. In: VILLELA, Wilza; MONTEIRO, Simone (Org.). *Gênero e saúde: Programa Saúde da Família em questão*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2005. p. 39-61.

SCHRAIBER, Lilia Blima; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Lucas Pires. Violência contra mulheres: interfaces com a Saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 3, n. 5, p. 11-27, 1999.

SCHRAIBER, Lilia Blima et al. Violência vivida: a dor que não tem nome. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 7, n. 12, p. 41-54, fev. 2003.

SCHRAIBER, Lilia Blima et al. Violência contra mulheres entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 359-367, jun. 2007.

SCOTT, Parry. Gênero, família e comunidades: observações e aportes teóricos sobre o Programa Saúde da Família. In: VILLELA, Wilza; MONTEIRO, Simone (Org.). *Gênero e Saúde: Programa Saúde da Família em questão*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2005. p. 73-98.

SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil para análise histórica. 1990. Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/direitos/textos/generodh/gen_categoria.html>. Acesso em: 14 maio 2005.

SILVA, Iracema Viterbo. Violência contra mulheres: a experiência de usuárias de um serviço de urgência e emergência de Salvador, Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, p. 263-272, 2003. Suplemento 2.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Informática do SUS. *Relatório da USF para o período de 01 a 09/2006*. Salvador, 2006. Relatório.

TANNEN, Deborah. *Gênero y discurso*. Barcelona: Paidós Ibérica, 1996.

Bloco temático 2

**Comunicação em Saúde: produção
de sentidos e divulgação de conhecimentos**

Capítulo 4

Antropologia fílmica e pesquisa em saúde

José Francisco Serafim
Natália Ramos

Introdução

A UTILIZAÇÃO DA imagem em movimento na pesquisa em Saúde vem colocar desafios e modificações ao nível da observação direta e diferida, da descrição e da linguagem, da análise e da comunicação, fornecendo grandes contributos para o desenvolvimento do conhecimento, tanto ao nível da pesquisa como no âmbito da intervenção e da formação em Saúde. Vem ainda proporcionar a análise minuciosa e global, facilitar a compreensão da relação entre as representações e as práticas e colocar em relevo a comunicação nas suas diferentes perspectivas e dimensões. Através do filme, o pesquisador tem à sua disposição um instrumento que lhe proporciona a possibilidade de comunicar não só com os indivíduos e grupos estudados, mas também com outros indivíduos, pesquisadores e profissionais.

O filme constitui um meio de comunicação com o Outro e um instrumento de comunicação intercultural, permitindo captar e comparar o comportamento (individual e social, a linguagem verbal, postural, gestual e emocional) e os acontecimentos de um universo cultural na sua unidade e diversidade. Favorece igualmente uma atitude de descentração, indispensável em toda a relação humana, particularmente na comunicação em Saúde e na comunicação em geral. Esta atitude permitirá flexibilizar e relativizar princípios apresentados como únicos e universais, aplicados, muitas vezes, de uma forma rígida, evitará muitos comportamentos de intolerância e exclusão, facilitará a comunicação e intervenção junto dos diferentes grupos e comunidades e promoverá comportamentos de adesão à saúde. (RAMOS, 2003, 2004, 2005, 2008a, 2008b, 2010, 2012a; RAMOS; SERAFIM, 2009)

Esse texto busca trazer uma contribuição para os estudos em Saúde nos quais metodologias como a antropologia fílmica possam ser utilizadas no trabalho de campo, no momento da coleta de dados ou da pesquisa empírica. Destaca-se nesse trabalho a importância, características e vantagens da metodologia da antropologia fílmica, dos métodos audiovisuais na pesquisa em Saúde, assim como na informação, comunicação e prevenção em saúde, os mesmos podendo influenciar as atitudes, as crenças e os comportamentos face às questões de saúde. Com efeito, os meios de comunicação audiovisual e a imagem animada sonora constituem meios e estratégias que, associados ou não a outros meios, desempenham um papel muito importante na pesquisa e na intervenção em saúde junto das comunidades, das

famílias e do sistema de prestação de serviços em saúde, não só identificando e analisando contextos, representações e comportamentos relacionados com a saúde, como modificando ideias erradas, atitudes e comportamentos individuais, familiares e coletivos prejudiciais à saúde e relativos a certas doenças, por exemplo, à tuberculose, representada como doença incurável. Enquanto estratégias de observação e de comunicação podem contribuir para uma melhor informação, compreensão e conscientização dos problemas de saúde e mudança comportamental.

Uma parte do texto é dedicada à apresentação e à análise de uma pesquisa em Saúde realizada no centro histórico da cidade de Salvador, na Bahia, onde a imagem em movimento ocupou uma parte central, não somente no momento da coleta de dados, como também na análise do material e na apresentação dos resultados. Serão sublinhados igualmente alguns princípios e procedimentos metodológicos, técnicos e analíticos sobre a utilização da imagem em movimento na realização da pesquisa.

Cinema, documentário e antropologia fílmica

NOS ANOS 1970, a pesquisadora Claudine de France, da Formation de Recherches Cinématographiques (FRC), da Universidade de Paris X – Nanterre –, estabeleceu as bases de uma nova disciplina, a antropologia fílmica, cujo objeto é assim por ela definido: “[...] o homem tal como ele é apreendido pelo filme, na unidade e na diversidade das maneiras como coloca em cena suas ações, seus pensamentos e seu meio ambiente.” (FRANCE, 2000, p. 17)

O filme constitui um método científico para estudar, observar, analisar de forma ordenada, rigorosa, repetida e minuciosa o ser humano, os seus comportamentos e representações, as suas atividades, as suas formas de pensar e comunicar e as relações que estabelece com os outros, com o seu meio, com a alteridade e com os contextos históricos, culturais e sociais onde está inserido. (RAMOS, 2003, 2005, 2010)

A pesquisa e a observação através da utilização da metodologia fílmica oferece numerosas vantagens: facilita a macro e a micro análise temporal das atividades, dos comportamentos e das interações; permite a análise da comunicação, não só verbal, mas também gestual e postural; permite uma observação diferida, repetida, ilimitada e minuciosa, captando em detalhe os movimentos, as posturas, as mímicas, os comportamentos mais discretos e fugazes de uma atividade.

No filme de pesquisa de caráter etnográfico e antropológico, o pesquisador é participante, e a câmera está nas mãos do investigador que a movimenta e a torna ativa, participante e “[...] tão viva quanto os homens que ela filma.” (ROUCH, 1975, p. 63)

Trata-se da utilização de uma câmera implicada e orientada às questões de pesquisa, à observação participante, facilitando a inserção no terreno e a familiarização com o objeto de estudo, com o pesquisador e com a própria câmera.

Dentre as diversas fases em que é dividido qualquer processo de investigação em antropologia fílmica, uma das mais importantes diz respeito ao processo de aproximação do cineasta às pessoas filmadas.

O hábito do pesquisador se apresentar no local de estudo com os instrumentos fílmicos e fotográficos entra como uma atividade de rotina, familiariza o Outro com o pesquisador e seus instrumentos e atenua, nas pessoas filmadas, a “consciência da câmera” (BATESON; MEAD, 1942) e os efeitos da “profilmia”. (FRANCE, 1998) Os efeitos da câmera e da profilmia estão vez ou outra presentes durante toda pesquisa fílmica, mas eles poderão ser atenuados se observarmos os princípios acima expostos.

A construção final do filme se dá no momento da edição do material filmado, após múltiplos visionamentos e análise rigorosa e minuciosa do material bruto. O resultado final é, em geral, um documento sóbrio, desprovido de efeitos técnicos (*fade*, fusão, incrustação, etc.) e de comentários orais. Neste sentido, o auxílio de um narrador, da voz *over* e voz *off*, só é utilizado nas situações estritamente necessárias do ponto de vista narrativo.

A devolução das imagens aos participantes, ou seja, o *feedback* com a discussão e partilha do produto realizado com as pessoas filmadas, permite que estes tenham um controle do material registrado, elucidem ou acrescentem elementos que não são claros para o pesquisador e, por vezes, para os próprios participantes, e introduzem novas relações de pesquisa, tornando o filme fruto de uma cooperação entre o pesquisador e os sujeitos filmados.

Método fílmico na pesquisa em saúde: um estudo de caso

DURANTE OS ANOS de 2007 a 2009 foi realizada uma pesquisa em saúde, vinculada a aspectos da comunicação e da produção de produtos comunicativos, tendo por

tema a presença da tuberculose como doença endêmica e que atinge graves proporções numa região central de Salvador, o Pelourinho.¹

A pesquisa na sua totalidade englobou diversos suportes metodológicos, como a discussão sobre o tema através de grupos focais, tanto de profissionais da saúde quanto de agentes comunitários. Utilizou-se, igualmente, o recurso da entrevista individual tanto com portadores da tuberculose, como com pessoas da comunidade soteropolitana e profissionais de saúde. Outro recurso metodológico consistiu na realização de oficinas que tinham por objetivo discutir a doença através da criação e/ou análise de produtos vinculados à tuberculose. Perpassando esses vieses metodológicos, utilizou-se o contributo da antropologia fílmica como forma de registro de todas as fases da pesquisa para uma futura organização do material e de produtos que poderão ser utilizados em discussões tanto na academia, com professores e estudantes, quanto com profissionais da saúde interessados em conhecer os diversos discursos e representações sobre a doença.

A aplicação do método da antropologia fílmica na pesquisa dos discursos sobre a tuberculose em Salvador será discutida após breve apresentação de alguns dados relacionados a esta doença. Inicialmente a partir da inserção do pesquisador em campo; em seguida, as técnicas de gravação videográfica apropriadas para cada um dos casos (grupo focal, entrevista, oficina); e, finalmente, abordaremos a questão das estratégias de montagem do material recolhido.

A tuberculose

EXISTEM, AINDA HOJE, milhares de indivíduos no mundo que contraem a tuberculose; muitos deles morrem da doença, sobretudo os mais pobres, vulneráveis e com dificuldades de acesso aos serviços e cuidados de saúde. Alguns grupos são considerados prioritários no enfrentamento à tuberculose: moradores de rua, populações prisionais, indígenas e indivíduos que vivem com o vírus da imunodeficiência humana (HIV/AIDS).

1 Trata-se do projeto de pesquisa Estratégias de Informação, Comunicação & Saúde. Metodologia de Comunicação no Programa de Controle da Tuberculose em Salvador, Bahia, realizado pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ICS/UFBA), em conjunto com a Faculdade de Comunicação (FACOM/UFBA), com a participação de Maria Ligia Rangel, Graciela Natansohn e José Francisco Serafim, e que contou com apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB) e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), no Relatório da Tuberculose 2012, embora se verifique um declínio dos indivíduos que adoecem com tuberculose tenha havido muitos avanços no tratamento desta doença – estimando-se que 20 milhões de indivíduos estejam atualmente vivos como resultado dos cuidados e controle da tuberculose e que nos próximos 17 anos cerca de 51 milhões de pessoas serão tratadas com sucesso –, existe ainda muito a fazer. Isso porque esta doença mantém-se como a doença infecciosa com maior mortalidade a nível mundial. A tuberculose causou a morte de 1,4 milhões de pessoas em 2011, sendo que 95% destes casos aconteceram nos países em desenvolvimento, tendo sido no mesmo período diagnosticados 8,7 milhões de novos casos. No Brasil, a tuberculose é a terceira causa de morte por doença infecciosa, segundo o Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde. Em 2011 foram notificados 69.245 casos novos de tuberculose no país. Cinco estados (Bahia, Pernambuco, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e São Paulo) foram responsáveis por 55% da carga da doença. O Brasil está entre os 22 países que, juntos, concentram 82% dos casos de tuberculose no mundo. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011, 2012; BRASIL, 2011)

A inserção em campo

ESSA FASE DA pesquisa, ou seja, a ida a campo, é decisiva para qualquer pesquisa de cunho antropológico que se deseje realizar, pois depende da relação que o pesquisador estabelece com as pessoas que participarão da investigação. Pesquisas em antropologia não envolvem, *a priori*, o pagamento monetário das pessoas que participam delas. Normalmente, estabelece-se uma relação de confiança que é continuamente ressignificada durante a realização da pesquisa, pois não é suficiente o fato das pessoas concordarem inicialmente em participarem da pesquisa. Essa relação é constantemente colocada à prova durante a investigação, pode acontecer das pessoas desistirem durante a realização da mesma, seja por falta de sensibilidade e empatia do pesquisador, seja por questões pessoais dos participantes. Ou seja, é necessário estar atento frequentemente a esse fato, visto que dependemos da colaboração, boa vontade e confiança dos participantes para que a pesquisa chegue a bom termo.

Tratando-se de pesquisa sobre temas de saúde, essa questão se torna ainda mais delicada no caso específico da pesquisa em questão: a tuberculose. Doença que,

ainda hoje, é portadora de estigma e preconceito por grandes parcelas da população. É preciso, igualmente, sublinhar que a pesquisa foi realizada com o uso de instrumento fílmico e, nesse sentido, registrava-se todas as atividades da pesquisa com o uso de uma câmera de vídeo.

A fim de conseguirmos a autorização dos agentes da pesquisa, primeiramente explicava-se o objetivo dela e o motivo da presença da câmera de vídeo. Todos os que concordassem permaneciam no local e a atividade tinha início.

É importante observar que a inserção nesse caso acontecia de forma praticamente imediata, pois os agentes presentes não conheciam com antecedência os métodos utilizados na pesquisa, no entanto, devemos salientar que durante todas as fases da investigação foi obtido sucesso para a realização da pesquisa fílmica. Concordamos com Claudine de France (1998, p. 344-345), ao observar sobre a inserção no terreno, que

Esta inserção consiste em fazer-se aceitar pelas pessoas filmadas – com ou sem a câmera – e em convencê-las da importância de colaborar tanto na realização do filme quanto no aprofundamento da pesquisa. Isto significa que a originalidade e o êxito da fase de inserção devem-se principalmente à qualidade moral e psicológica dos vínculos que venham a se estabelecer entre cineastas e pessoas filmadas.

No caso da pesquisa em saúde, devemos estar atentos aos problemas inerentes a questões éticas que envolvem a participação das pessoas, muitas vezes em situação de vulnerabilidade social e psicológica, a fim de evitar colocá-las em situações embaraçosas e/ou constrangedoras.

Após essa fase fundamental para a realização da pesquisa, ou seja, a inserção junto às pessoas que serão filmadas, parte-se para o registro videográfico.

As gravações

COMO SE TRATA de uma pesquisa que utiliza instrumento fílmico, há de se levar em conta alguns questionamentos vinculados à técnica e às estratégias fílmicas: deve-se, inicialmente, refletir sobre que tipos de equipamento são mais adequados para as filmagens, sobre a questão concernente à sonorização, ou seja, que tipo de microfone se adéqua melhor ao local de filmagem, além de outro elemento

fundamental que diz respeito à iluminação (se será preciso ou não acrescentar luz ao ambiente). Imbuído dessas questões iniciais, o antropólogo-cineasta inicia outro tipo de questionamento: que tipo de filme será realizado?

Aqui é fundamental ter em mente que filme desejamos realizar, pois essa questão norteará toda a pesquisa filmica e, posteriormente, o filme montado. Segundo Claudine de France, temos, sobretudo, duas possibilidades: a de realizar um filme de exposição, no qual apresentamos os resultados da pesquisa; e outra, exploratória, que busca conhecer as situações durante a filmagem, sem muitas vezes um prévio conhecimento das mesmas. Nesse sentido, a autora esclarece que,

Dentre as inúmeras atitudes metodológicas possíveis, duas nos parecem fundamentais. Uma consiste em utilizar o filme como meio de exposição dos resultados obtidos através de outros meios de investigação que não o cinema [filme de exposição]; a outra consiste em empregá-lo como meio de exploração, ou seja, de descoberta *sui generis* [filme de exploração]. (FRANCE, 1998, p. 303)

No caso da pesquisa sobre tuberculose, optou-se pela realização de um filme exploratório, ou seja, o cineasta-antropólogo acompanhava todas as fases da pesquisa sem nenhum tipo de interferência, buscava-se adequar aquilo que tínhamos em face. A equipe de realização aqui foi a menor possível, somente o pesquisador com uma câmera videográfica *high-definition* (HD), com microfone omnidirecional. Uma equipe reduzida é frequentemente a melhor solução quando da realização de uma pesquisa de cunho antropológico, pois as pessoas filmadas não têm a sensação de invasão de privacidade e o diálogo flui com maior facilidade. Gravou-se tudo o que se apresentava em nossa frente sem ideias pré-concebidas, ou seja, não interrompíamos a filmagem para refletir sobre o andamento da mesma, seguíamos o fluxo das conversas e direcionávamos a câmera para a fonte sonora. Em vários momentos os espaços para a filmagem eram exíguos, o que nos obrigava a buscar postos de observação,² bem como a busca de planos e enquadramentos apropriados.

Cada momento da pesquisa necessitou de estratégias diferenciadas, pois filmar um grupo focal composto de aproximadamente 20 pessoas sentadas em torno de uma mesa em um espaço pequeno diferencia-se radicalmente de gravar uma

2 Segundo a definição da antropóloga-cineasta Jane Guéronnet (1987, p. 13): “[...] posto de observação é a posição do cineasta no espaço a partir do qual ele realiza a gravação cinematográfica. É a partir deste ponto preciso no espaço, constante ou não, que o cineasta observa o desdobramento dos aspectos e das partes dos seres que ele filma.”

entrevista com somente um entrevistado. No caso dos registros das oficinas de criação buscou-se gravar todas as fases do trabalho, já que nessas havia um produto que era realizado e apresentado no final da atividade.

Num sentido geral no que diz respeito às gravações videográficas nessa pesquisa, foi bastante instigante buscar estratégias que se adaptassem a cada um dos casos. As situações eram filmadas nos espaços onde elas eram realizadas sem que houvesse qualquer tipo de interferência por parte do cineasta-antropólogo. Assim, as entrevistas realizadas foram feitas por outros membros da equipe do projeto – salientando que essas seriam realizadas independentemente da presença da câmera.

É importante observar o cruzamento das varias metodologias durante a investigação, ou seja, todo o processo da pesquisa teria acontecido igualmente se não houvesse ninguém instrumentalizado durante sua realização, captando tudo o que podia ser apreendido pela objetiva da câmera de vídeo, logo, buscou-se obter a maior espontaneidade possível durante as filmagens. Mas o fato da existência da câmera ser concreta, real, faz inicialmente com que estabeleça um diálogo entre agentes da pesquisa e destes em outra instância com a câmera, já que todos ali presentes sabiam da existência da mesma. Em última instância, o diálogo era estabelecido não somente com os presentes, pois todos os participantes tinham consciência que as palavras ali proferidas poderiam repercutir em outros contextos e lugares em decorrência da gravação videográfica. Trata-se aqui de um tipo de alteridade possibilitado pela intermediação do vídeo.

Nesse sentido, ressaltamos, em relação à questão do tratamento da doença, os discursos de alguns dos participantes da pesquisa fílmica.

Um agente comunitário, participante de uma reunião de grupo focal onde havia mais três outros agentes comunitários, observa que:

70% das pessoas portadoras de tuberculose, por se tratar de um tratamento muito longo, elas terminam um fim de semana ou outro, já que a febre passou, optando por uma cervejinha, interrompendo o tratamento, que vêm às vezes até a abandonar o tratamento. Elas pensam que depois da cervejinha, ela pode voltar ao tratamento, que vai dar tudo certo. É aí que ocorre a contaminação de outras pessoas.

Também na reunião do grupo focal com profissionais da saúde, uma enfermeira nota que:

Não é só para a tuberculose, mas para qualquer doença a falta de informação pode levar a melhora ou piora de um paciente. E normalmente muitos pacientes de tuberculose são reincidentes, justamente porque eles não buscam esta informação. Em alguns casos pensam que já estão curados no meio do tratamento, aonde vem o abandono. Acabam tendo de retornar por causa do abandono do tratamento, e às vezes retornam em pior estado.

Já um agente comunitário, durante uma entrevista individual, alerta que:

Tuberculose tem cura. Para que o paciente seja curado depende 30% da medicina e 70% do paciente. Ele tem que ter uma alimentação balanceada, tem que tomar os medicamentos. É em nome da vida, você quer viver, quer se recuperar, então siga as normas, conclua o tratamento.

Um doente de tuberculose alerta para o preconceito do qual ele era vítima desde que foi diagnosticado com tuberculose:

Todo mundo tem preconceito contra a tuberculose, ninguém quer saber se a pessoa fez o tratamento e ficou boa, as pessoas saem de perto. Na casa da minha mãe, eu não bebo mais água nos copos dela, não almoço nos pratos da casa dela. Minha mãe sabe que o tratamento está certinho, minha doença não passa mais para ninguém, mas ela não aceita. Ninguém aceita, as pessoas quando falam comigo, ficam afastadas. Por que esse preconceito com a tuberculose? As pessoas sabem pelas campanhas na televisão, no rádio, na novela que a doença tem cura, mas as pessoas continuam com o preconceito.

Essas falas são alguns exemplos da riqueza das trocas realizadas entre pesquisador e pessoas filmadas durante a pesquisa fílmica, sobretudo quando a pesquisa é realizada de forma não invasiva, empática e respeitante, buscando acompanhar os discursos através de uma *miseenscène* discreta, sem interferência na fala das pessoas filmada. Assim, para Jane Guéronnet (1987, p. 34):

A observação de uma ação qualquer e a inserção que ela supõe no meio estudado podem ser consideradas uma forma de cooperação entre os seres observados e um observador, durante a qual a ação dos observados é mais importante que a do observador.

A edição

APÓS A CAPTAÇÃO das imagens e dos sons, inicia-se outro processo: o da escolha de estratégias de montagem das imagens e dos sons. Privilegiou-se uma montagem sóbria que representasse a riqueza da pesquisa de campo. Dessa forma, optou-se por uma montagem por blocos, nos quais o espectador pudesse acompanhar o desenvolvimento da pesquisa.

Inicialmente, o filme apresenta os grupos focais, depois as entrevistas individuais e, em seguida, são apresentadas as atividades das três oficinas. Finalmente, observamos os participantes da pesquisa reunidos no encontro Tuberculose tem cura, realizado no Pelourinho, que buscava devolver aos participantes da pesquisa partes do trabalho realizado durante os dois anos de atividades. Trata-se de um momento informativo e de convívio onde os participantes da investigação puderam conhecer o trabalho realizado em cada etapa do processo da pesquisa. Assim, vemos os produtos das oficinas serem apresentados e discutidos pelos presentes. Vemos, igualmente, moradores do Pelourinho indagarem os profissionais de saúde sobre diferentes aspectos da tuberculose. Tratou-se aqui do primeiro *feedback* da pesquisa a seus participantes. O discurso, a narrativa da doença, começa a construir-se como um trabalho conjunto elaborado pelas pessoas filmadas e pelos pesquisadores. Este momento é sempre importante em qualquer pesquisa que se realize, tendo em vista que esse olhar sobre nosso trabalho pode nos fazer rever questões ou escolhas que acreditávamos serem as melhores, mas que podem ser questionadas pelos participantes da pesquisa. A este propósito, Claudine de France (1998, p. 339-340) observa a propósito do filme *Horendi*, dirigido por Jean Rouch:

Jean Rouch ensaiaria, nos anos seguintes, uma das primeiras experiências de observação diferida aprofundada, qualificada por ele de 'antropologia partilhada', projetando o copião de *Horendi* (1971) para as pessoas filmadas (sacerdotes e iniciados) para obter deles novas informações, completando depois o registro inicial em função dessas informações..

Por se tratar de uma pesquisa que utilizou diversas metodologias e, sobretudo, a metodologia fílmica, essa questão se torna ainda mais delicada, tendo em vista que

expõe-se fatos da vida de outras pessoas, e, nesse sentido, todo cuidado é necessário para não colocá-las em situações de constrangimento. É necessário enfatizar que o trabalho de montagem do material levou em conta essas questões, buscando enfatizar pontos positivos que de alguma forma não prejudicassem a imagem das pessoas filmadas. Trata-se, pois, de um filme documentário etnográfico, mais ainda por ter como tema questões vinculadas à saúde e à doença, nesse sentido, questões de cunho ético que devem perpassar qualquer outro tipo de interesse. O respeito do outro aqui deve ser privilegiado.

O filme *Conversações sobre a tuberculose*, realizado em 2010, foi resultado da pesquisa empírica, com a duração de 120 minutos. Ele mostra certas situações, onde ressalta, por vezes, a vulnerabilidade, preocupações e sentimentos de discriminação dos participantes, mas busca ser ético e respeitoso em relação às pessoas filmadas.

No campo sonoro, optou-se em editar somente os sons captados durante as gravações (som direto), não se incluiu nenhum tipo de comentário, exceto alguns escritos que auxiliam o espectador na leitura do filme. Outro aspecto importante foi a escolha de introduzir uma música melódica que abre e fecha o filme e está presente nos momentos de transição, por exemplo: a passagem dos grupos focais para as entrevistas. É uma música discreta que tem por objetivo simplesmente tornar o filme mais acessível e atrativo.

Considerações finais

A **ANTROPOLOGIA FÍLMICA** constitui um suporte importante tanto para a investigação fundamental ou aplicada em saúde, como para a formação dos profissionais das diversas ciências da saúde e sociais, sendo fundamental para a elaboração de produtos no âmbito da comunicação e da promoção da saúde.

A introdução da câmera, da imagem animada sonora na pesquisa, vem trazer contributos importantes ao nível da observação, da descrição e linguagem, da análise e da comunicação. A utilização do método fílmico na pesquisa favorece a análise das várias dimensões da comunicação, do estudo da relação das representações e das práticas e múltiplos significados e perspectivas de análise, permitindo que o pesquisador possa apreender elementos fugazes e efêmeros que passariam

despercebidos se fosse utilizada somente a observação direta (sem instrumentação fílmica). A câmera, ao permitir o registo global, contínuo e minucioso das atividades, dos comportamentos e dos discursos, ao captar o gesto e a palavra, vem revelar elementos comunicacionais, comportamentais, emocionais e da vida quotidiana, os quais aparecem como banais e fugazes, como detalhes sem importância, mas que são, todavia, muito importantes para o estudo do ser humano no seu universo social, familiar, cultural e de saúde, para a compreensão das relações que se estabelecem com os outros e para suas formas de pensar e agir.

Este método favorece, igualmente, observar e analisar como se processa a representação da doença através do material obtido durante a pesquisa fílmica. A edição do material videográfico pretende abordar diversas questões relativas às representações da tuberculose e poderá ser utilizado como produto e estratégia comunicacional em saúde a fim de permitir uma relação dialógica entre os diversos agentes envolvidos na questão e favorecer a análise comparativa, a mudança comportamental e a competência cultural em saúde. (RAMOS, 2004, 2008a, 2008b, 2012) Esse material poderá ser disponibilizado nos centros de saúde, comunidades e organizações não governamentais (ONGs), visando minimizar, entre outros aspectos, a questão do preconceito, da discriminação e do estigma, muito presentes no que concerne ao doente com tuberculose na sociedade e muito visível nas diversas falas das pessoas filmadas.

Através da utilização de metodologia fílmica e participativa na pesquisa e intervenção em saúde, pode-se elaborar, partilhar e discutir produtos e atividades de comunicação em saúde que podem ajudar os indivíduos, os grupos, as comunidades e os profissionais a desenvolverem, nomeadamente:

- a) melhor conhecimento, conscientização, participação, capacitação e controle do indivíduo no seu processo de saúde e das questões de saúde em geral, ao nível dos problemas e das soluções;
- b) melhor compreensão por parte do indivíduo das suas atitudes, comportamentos e da sua saúde, assim como da dos seus familiares e das necessidades da sua comunidade, para que possam desenvolver-se práticas de prevenção da doença e promotoras de saúde e bem-estar;
- c) melhor adaptação à doença e redução da ansiedade e sofrimento;
- d) o combate aos estigmas, preconceitos, estereótipos e ideias erradas em relação à saúde e a certas doenças, como por exemplo à tuberculose, assim como, à discriminação e exclusão do indivíduo portador de tuberculose;

- e) a comunicação, o diálogo e a reflexão entre os profissionais;
- f) a uma maior humanização e melhor comunicação nos cuidados e serviços de saúde;
- g) a cidadania em saúde e cidadãos informados, implicados e responsáveis.

A articulação entre saúde, comunicação e antropologia fílmica poderá ajudar a um melhor conhecimento da saúde e da doença, a melhor compreender e combater uma doença altamente estigmatizante e discriminatória que atinge elevados índices de morbidade e mortalidade no Brasil e no mundo. Torna-se fundamental a integração de uma abordagem multi e interdisciplinar, multidimensional, ecológico-cultural e participativa na pesquisa, informação, prevenção e políticas públicas em saúde, muito em particular relativas à tuberculose.

Referências

BATESON, Gregory; MEAD, Margaret. *Balinese character: a photographic analysis*. New York: The New York Academy of Sciences, 1942.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Manual de recomendações para o controle da Tuberculose no Brasil*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

COMOLLI, Annie. *Cinématographies des apprentissages: fondements et stratégies*. Paris: Arguments, 1995.

FRANCE, Claudine de. Antropologia fílmica: uma gênese difícil, mas promissora. In: FRANCE, Claudine de (Ed.). *Do filme etnográfico à Antropologia Fílmica*. Tradução de Marcius Freire. Campinas: UNICAMP, 2000. p. 17-42.

FRANCE, Claudine de. *Cinema e Antropologia*. Tradução de Marcius Freire. Campinas: UNICAMP, 1998.

GUÉRONNET, Jane. *Le geste cinématographique*. Nanterre: Université Paris X, 1987.

- RAMOS, Natália. Cinema e pesquisa em Ciências Sociais e Humanas: contribuição do filme etnopsicológico para o Estudo da Infância e Culturas. *Contemporânea*, Salvador, v. 8, n. 2, p. 1-28, dez. 2010.
- RAMOS, Natália. Comunicação e saúde em contexto multicultural. In: ENCONTRO DE ESTUDOS MULTIDISCIPLINARES EM CULTURA, 4., 2008, Salvador. *Anais eletrônicos...* Salvador: UFBA, 2008a. Disponível em: <<http://www.cult.ufba.br/enecult2008/14556-02.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2013.
- RAMOS, Natália. Comunicación en la salud e interculturalidade: para una mejor intervención en salud en el contexto de diversidade cultural. In: ALVAREZ, Heberto Priego; REMOALDO, Paula (Org.). *Mercadotecnia Social en Salud: teoria y práctica*. Tabasco: Universidade Juárez Autónoma de Tabasco, 2012. p. 65-109.
- RAMOS, Natália. Contribuição do método filmico para o estudo das representações sociais: perspectivas teóricas e de pesquisa. In: MOREIRA, Antónia Paredes (Org.). *Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais*. João Pessoa: UFPB, 2005. p. 365-400.
- RAMOS, Natália. Interculturalidade e comunicação nos cuidados de saúde. In: RAMOS, Natália (Org.). *Saúde, migração e interculturalidade*. João Pessoa: UFPB, 2008b. p. 97-132.
- RAMOS, Natália. Perspectivas metodológicas em investigação: o contributo do método filmico. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, Lisboa, v. 37, n. 3, p. 35-62, 2003.
- RAMOS, Natália. *Psicologia Clínica e da Saúde*. Lisboa: Universidade Aberta, 2004.
- RAMOS, Natália; SERAFIM, José Francisco. Cinema e mise en scène: histórico, método e perspectivas de pesquisa intercultural. *Repertório – corpo e cena*, Salvador, v. 12, n. 13, p. 89-97, 2009.
- ROUCH, Jean. La caméra et les hommes. In: FRANCE, Claudine de (Ed.). *Pour une anthropologie visuelle*. Paris: Mouton Éditeur; New York: La Haye , 1975. p. 53-71.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. *Global tuberculosis control*. Genebra: WHO, 2011. 111 p.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. *Global tuberculosis control*. Genebra: WHO, 2012. 306 p.

Capítulo 5

**Comunicação e Saúde:
objetos e metodologias
inovadores em artigos
científicos na Biblioteca
Virtual de Saúde (BVS)**

Maria Ligia Rangel-S
Jane Mary Medeiros Guimarães
Adroaldo de Jesus Belens

Introdução

A GLOBALIZAÇÃO E a internacionalização da pesquisa têm mudado a dinâmica da produção e da disseminação dos conhecimentos científicos. Em contrapartida, novas questões surgem com relação aos direitos da propriedade intelectual, o impacto ambiental e o controle excessivo do conhecimento, constituindo a divulgação para a promoção do deslumbramento da coisa em si, retirando das pessoas a possibilidade de ação refletida dos sujeitos diante da produção de conhecimento científico e tecnológico. (CASTRO, 2006)

Ademais, o advento e avanço das tecnologias da informação e comunicação (TICs) e o crescimento incremental do volume de conhecimento permitiram, na sociedade contemporânea, a disponibilização da informação na internet sob a forma de mídias diversas, como áudio e vídeo. Paralelamente a estes avanços, discute-se como a população pode ter acesso à informação produzida no meio acadêmico em linguagem menos técnica e mais adequada à compreensão de todos e, sobretudo, o potencial dessas mídias para a melhoria da divulgação científica. (TEIXEIRA et al., 2009)

A rede internet, concebida para uso militar ao ser implantada nas universidades, propiciou a criação de inúmeras formas de comunicação não previstas inicialmente. A internet continua sendo utilizada para pesquisa no mundo inteiro, sendo também utilizada para todas as formas de comunicação. Embora a tecnologia basicamente seja a mesma, encontra-se atualmente mais acessível, com mais opções, mais mercados e mais pessoas cotidianamente se comunicando através dela (GUIMARÃES, 2007), configurando-se na sociedade contemporânea como uma importante fonte de informações. Assim, a cibercultura emerge como um novo ambiente sociocultural suscitado pela intermediação das TIC, no qual é importante traçar uma estratégia de comunicação no campo de saúde. Destaca-se, como estratégia de disseminação do conhecimento em saúde, a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), que começou a operar serviços personalizados de informação como parte do Espaço Colaborativo *On-line* da BVS desde 2009. Esta Biblioteca é visualizada como a base distribuída do conhecimento científico e técnico em saúde, registrado, organizado e armazenado em formato eletrônico nos países da região, acessíveis de forma universal na internet, de modo compatível com as bases internacionais.

O campo de interface da comunicação e saúde tem sido objeto de estudo de pesquisadores em todo o mundo. Nesse sentido, no campo da Saúde se destacam algumas iniciativas que buscam relacionar a comunicação ao direito à saúde e à

participação pública, para o exercício do controle social sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) como forma de exercício desse direito social.

Essas são iniciativas acadêmicas de reflexão crítica sobre os modelos transferenciais de comunicação inseridos no projeto ético-político da Reforma Sanitária e do SUS; são esforços no sentido da formulação de políticas de comunicação em diversos espaços institucionais, de modificar as práticas; são iniciativas de reflexão sobre os limites e possibilidades, tensões e confluências, conflitos e consensos, que coexistem nas práticas cotidianas dos serviços de saúde; são exercícios de construção e implantação de práticas inovadoras.

Enfrenta-se o desafio do desenho de práticas e políticas de comunicação que sejam dialógicas, participativas e capazes de dialogar com os distintos universos culturais no campo da Saúde; de compreender os modos de produção, circulação e apropriação de produtos e mensagens.

Esse artigo tem como objetivo analisar os objetos e metodologias inovadores na pesquisa na interface comunicação e saúde, publicados e indexados na base de dados da BVS, compreendendo o período entre 2002 a 2012.

Realizou-se um estudo qualitativo dos artigos, explorando os objetos dos estudos como as principais metodologias. Neste estudo, são considerados objetos e metodologias inovadoras aqueles que utilizaram estratégias de construção do objeto e da pesquisa com abordagens de cunho interdisciplinar, ou seja, construindo interfaces com outras áreas de conhecimento, como Artes (cinema, artes plásticas, fotografia, etc.), Filosofia, Etnografia, entre outras, que deem visibilidade a saberes, vozes e olhares dos sujeitos da pesquisa (usuários de serviços de saúde, profissionais e gestores), tomados como sujeitos ativos na produção de sentidos.

Olhares e possibilidades: inovação metodológica na pesquisa em comunicação e saúde

AS METODOLOGIAS INOVADORAS extrapolam padrões previamente estabelecidos da pesquisa e podem ganhar espaços, agregar valores ao possibilitar abertura para a busca

de novos paradigmas que incorporem práticas que visam compreender, explicar a complexidade de um campo, como o da Comunicação em Saúde. (BIZZO, 2002) Para Vasconcellos-Silva, Rivera e Castiel (2003), à medida que os desafios cognitivos fracassam, percebe-se que há escassez de recursos que deem conta de ambições comunicacionais, ainda não identificadas como tal. Por sua vez, a atenção técnico-instrumental se volta para as falhas de seus apetrechos de comunicação, sem valorizar complexas mediações socioculturais.

Embora o conteúdo da comunicação para divulgação científica em saúde demande precisão, profundidade, explanação de mecanismos de doença e metabolismo, clareza, estilo conversacional e atualidade científica, esse conjunto de requisitos está pouco presente nessas práticas. (BOYD, 1987) Ganha relevância a necessidade de se dar a conhecer os mecanismos de prevenção, instalação, atuação e tratamento das doenças e pouca atenção à necessidade de se desvendarem, na educação e comunicação científicas, os mecanismos pelos quais os eventos de saúde e doença ocorrem. (BIZZO, 2002)

A questão não é somente disseminar, mas construir uma crítica ao que se dissemina para não se reproduzir discursos de uma história linear da ciência e tecnologia, esquecendo as pessoas e o seu ambiente cultural de produção. Os grupos sociais acessam a tecnologia, no âmbito da sociedade, de forma assimétrica, e o conhecimento científico geralmente chega às pessoas de forma desigual, às vezes através de boatos ou discursos de especialistas divulgados em revistas não especializadas, descontextualizadas do ambiente cultural em que são produzidos, ou mesmo sem considerar o universo social em que esses conhecimentos podem ser aplicados. (BELENS, 2013)

Quando se trata da produção científica acerca dos modelos de atenção à saúde, é complexa a interação na rede que compõe a produção científica sobre a comunicação e sobre promoção da saúde. Este fato assinala, pois, as possibilidades oferecidas pelas TICs que, ao assumirem a divulgação e a cultura científica como fundamentais, facilitam que a volumosa produção de conhecimento interfira na política e nas ações de saúde.

O trabalhador da saúde tem as relações humanas como base do seu trabalho, o que implica que a ação profissional deve levar em conta a importância do processo comunicativo, materializada na escrita, na fala, nas expressões faciais, na audição e no tato, tudo isso representando formas de comunicação amplamente utilizadas, conscientes ou não.

De acordo com Paim (2009, p. 11),

A sociedade espera que o setor de saúde cuide das pessoas e das coletividades, mediante ações individuais e coletivas. Na medida em que a saúde tem sido reconhecida como completo bem estar físico, mental e social, e não apenas como ausência de doença, o propósito almejado é que as pessoas possam ter uma vida com qualidade. Nessa perspectiva, o saber acumulado pela humanidade em termos de higiene, produção de conhecimentos científicos e tecnológicos, bem como a formação de profissionais e de trabalhadores para o setor, permitem identificar uma outra dimensão da saúde, ou seja, a área de saber.

Diante disso, realizou-se um levantamento bibliográfico da produção científica publicada em forma de artigos na base de dados da BVS, no período compreendido entre 2002 a 2012, destacando-se para análise os objetos e as principais metodologias.

Foram considerados apenas os artigos publicados em periódicos, devido à sua maior circulação e facilidade de acesso. Foram excluídos todos os artigos que tratavam da comunicação em sua dimensão biomédica e também os que tratavam de saberes e práticas sociais na interface comunicação e saúde. Após a leitura dos resumos, foram categorizados, de acordo com as temáticas, os objetos e metodologias propostas.

Inicialmente, foram analisados 131 artigos acerca de saberes e práticas sociais na interface comunicação e saúde. Os títulos e resumos foram submetidos à leitura e categorização, de acordo com as temáticas, observando-se ano e meios de publicação e autores. Realizou-se uma análise quantitativa e qualitativa dessa produção, observando-se a distribuição temporal, os principais objetos estudados e meios de disseminação dos conhecimentos produzidos. Em seguida, realizou-se a análise qualitativa exploratória e quantitativa de um corpus composto por 42 artigos sobre a Comunicação e Saúde, publicados em periódicos classificados como Qualis A e B (1 e 2) da área de Saúde Coletiva, destacando-se os objetos e objetivos identificados nos artigos.

Na análise dos trabalhos produzidos, identificaram-se diferentes objetos e abordagens metodológicas no que tange a relação comunicação e saúde. Dos 42 artigos analisados, 40,7% apresentaram objetos e/ou metodologias consideradas de caráter inovador por buscarem aproximações interdisciplinares na abordagem de seus

objetos e metodologias, seja em teorias, seja em metodologias das ciências sociais, humanas e arte, ou seja temas macro sociais atuais e pouco explorados na literatura. Foram, portanto, considerados como critério de inovação dos objetos a construção interdisciplinar dos mesmos, a atualidade e a escassez de estudos abordando-os. Com relação à metodologia, foram consideradas metodologias inovadoras as que combinam métodos e técnicas de diversos campos disciplinares, tais como sociologia, antropologia, arte, cinema, música, dentre outras; as que recorrem a estratégias metodológicas pouco habituais no campo da comunicação e da saúde; e, ainda, as que adotam posicionamento crítico no tratamento teórico metodológico dos objetos de estudo.

Os estudos inovadores corresponderam a 17 artigos publicados em revistas Qualis A e B, os quais foram destacados para análise dos objetos e/ou metodologias inovadoras.

QUADRO 1 – SÍNTESE DOS ARTIGOS PUBLICADOS EM REVISTAS QUALIS A E B (1 E 2) SEGUNDO TEMA

COMUNICAÇÃO, SAÚDE E SOCIEDADE	COMUNICAÇÃO E EDUCAÇÃO/ COMUNICAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA	COMUNICAÇÃO NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE	COMUNICAÇÃO NA PRÁTICA DE ENFERMAGEM	COMUNICAÇÃO CIENTÍFICA	PREVENÇÃO, PROTEÇÃO, PROMOÇÃO (CONTROLE DO RISCO)	MEIOS DE COMUNICAÇÃO
Pita e Rivera, 2006. Sobre pontos de partida (...) (Interface)	Rangel-S. 2008. Dengue: (...) (Interface)	Tapajós 2007. Comunicação de notícias ruins (...) (Interface)	Torrales-Pereira et al, em 2004. Comunicação em saúde: (...) (Ciênc. saúde coletiva)	Bizzo, 2002. Difusão científica,. (Cad. Saúde Pública) .	Rangel-S, 2007. Comunicação no contr (Ciênc. saúde coletiva)	Santos e Cardoso, 2011. Narrativas e experiências (...) (Interface)
Oliveira et al 2009. Uma contribuição (...) (Interface)	Cardoso e Nascimento, 2010. Comunicação (Ciênc. saúde coletiva)	De Marco et al 2010. Laboratório (Interface)		Castro, 2006. Impacto da Internet (Rev. Saúde Pública)	Castiel, 2003. Insegurança, ética (Rev Saude Publica)	Matos et al, 2009. Uma experiência.... (Interface)
Marinho, 2005. O demônio (...) (Interface)	Oliveira et al 2008. A comunicação no contexto do... (Interface)	Rossi e Batista 2006. O ensino da comunicação (Interface)			2012 Di Giulio et al Experiências Brasil... (Ciências e Saúde coletiva)	

FONTE: DADOS PRIMÁRIOS DOS PESQUISADORES.

Análise dos objetos e metodologias inovadoras na comunicação em saúde na BVS

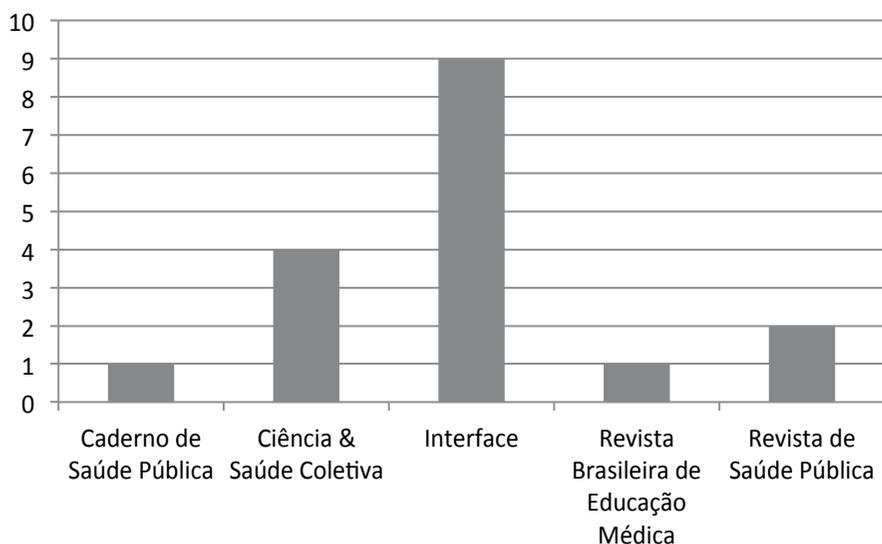
DENTRE OS 17 estudos, conforme as categorias utilizadas para todos os 131 artigos analisados por Rangel-S, Guimarães e Belens (2014), três foram classificados no tema “comunicação, saúde e sociedade”; três em “comunicação e educação” e “comunicação na atenção básica”; três em “comunicação na formação profissional em saúde”; um em “comunicação na prática de enfermagem”; três em “comunicação científica”; dois em “prevenção, proteção, promoção (controle do risco)”; e dois em “meios de comunicação”, conforme Quadro 1.

No Gráfico 1, observa-se que, dos 17 artigos classificados como metodologias inovadoras, nove foram publicados na *Revista Interface*, seguido da revista *Ciência & Saúde Coletiva*, com quatro artigos. Todavia, embora apresentando números inferiores a esses, outras revistas classificadas em outros critérios Qualis também publicaram artigos com objetos e métodos inovadores.

Os artigos considerados inovadores se estruturam em torno de temas e interfaces com outras linguagens e fronteiras do conhecimento. Nota-se que no período analisado (2002-2012), quanto aos artigos buscados nesta pesquisa, há uma constância na publicação dessas inovações de objetos e metodologias, embora ainda se revelem escassas: 2002 (1), 2003 (1), 2004 (1), 2005 (1), 2006 (3), 2007 (2), 2008 (2), 2009 (2), 2010 (2), 2011 (1) e 2012 (1). Todavia, destaca-se que entre 2005 e 2011, a *Revista Interface* foi a que mais publicou em termos quantitativos e de regularidade nas publicações.

Abordagens metodológicas que valorizam a dimensão estética da comunicação surgem como primeiras inovações dentre os 17 estudos analisados, com a pesquisa de Torrales-Pereira e outros em 2004. Nesta, o método de análise de imagens se fundamenta na abordagem *image watching*, de Robert Ott. Usando câmeras fotográficas, os pesquisadores abordaram a percepção de pacientes acamados em uma enfermaria, buscando-se investigar as imagens e significados sobre experiências vivenciadas por eles no processo de atendimento. (TORALLES-PEREIRA et al., 2004)

GRÁFICO 1 – DISTRIBUIÇÃO DOS ARTIGOS COM INOVAÇÕES EM OBJETOS E MÉTODOS SEGUNDO PERIÓDICO.



FONTE: DADOS PRIMÁRIOS DOS PESQUISADORES.

A inovação metodológica consistiu em entregar câmeras fotográficas a cinco pacientes acamados, internados na enfermaria de ortopedia de um hospital universitário, para que esses registrassem, pela fotografia, experiências que vivenciavam na condição de pacientes, procurando responder às perguntas: o que significa estar na cama sem poder sair dela? O que é bom e o que é ruim em sua rotina na enfermaria?

Os resultados obtidos apontam que entre as maiores dificuldades enfrentadas pelos pacientes entrevistados estão a dependência, o constrangimento, desconforto, a falta de informação e insegurança. Em vista disso, essa abordagem metodológica contribui para o cuidado a partir da percepção do paciente, pois cuidar da sua manutenção não afeta somente o seu físico, mas também a sua identidade.

As narrativas apresentadas traduziram o sofrimento dos pacientes em imagens vivas que encontraram eco no “outro ser humano” que as escuta. Expressaram o sofrimento e a dor vivenciados pelos pacientes; mas apontaram também para as condições materiais e não materiais que interferiam na qualidade da assistência em saúde: privacidade, dignidade, aspectos relacionais, insegurança e necessidades.

As práticas de comunicação ainda são desafio à construção da cidadania em nossa sociedade. Nesta pesquisa, a fotografia, utilizada como estratégia de ruptura a modelos de comunicação instituídos, possibilitou momentos de autonomia aos pacientes, trazendo imagens e relações que podem contribuir para uma reflexão crítica sobre os desafios éticos relativos aos aspectos relacionais e comunicacionais da formação em saúde, apontando que entre as maiores dificuldades enfrentadas pelos pacientes internados entrevistados está a dependência, gerando constrangimento e desconforto, e a falta de informação, gerando insegurança e ampliando a dependência. (TORALLES-PEREIRA et al., 2004)

A politização da comunicação em saúde surge com o estudo de Marinho (2005), que se ocupa em analisar as políticas de comunicação para a saúde, relacionadas ao consumo de drogas, tema sensível e necessário ao desenvolvimento desse campo de interface. Trata-se neste estudo sobre compreender como as campanhas, enquanto políticas de comunicação, expressam a prevenção do complexo fenômeno do consumo de drogas, também de analisar o seu potencial para gerar mudanças de comportamento e/ou preconceito e segregação em relação aos usuários de drogas.

O tema do planejamento em comunicação, tão pouco visitado e praticado, surge com Pitta e Rivera (2006) dentre os estudos inovadores por apontar o planejamento estratégico como ponto de partida para o planejamento em comunicação e integralidade a atenção em saúde. Compreende-se que o Planejamento Estratégico Situacional (PES) contribui para relacionar noções de planejamento a uma economia política do signifiante. Desta forma, o exercício do aprendizado constante lida com o embate cotidiano entre posições de fala e equipa o olhar para uma discursividade ampliada de situações concretas. As políticas de comunicação social no âmbito dos serviços e das instituições de saúde contribuem para a construção de metodologias com os propósitos de uma política pública de comunicação para a saúde.

A análise da interação dos profissionais de saúde com os pacientes assistidos nos serviços, realizada por Tapajós (2007) acerca da comunicação de notícias ruins, com foco na pragmática da comunicação humana, é uma inovação metodológica, na medida em que faz uso do cinema em atividades de ensino/aprendizagem na educação médica. O artigo se concentra na análise da competência comunicacional, abordando a comunicação humana através do cinema, nos seus aspectos sintáticos, semânticos e pragmáticos. (TAPAJÓS, 2007)

A comunicação de notícias ruins é uma tarefa particularmente delicada no trabalho médico. Por isso, os estudantes de medicina devem ser preparados para a comunicação nessas situações, com a ajuda de atividades instrucionais no campo

da competência comunicacional. Dentre as estratégias, o uso das artes cênicas pode servir como um corpo de princípios teóricos derivados da teoria comunicacional.

O autor destaca que, por um lado, a comunicação de notícias ruins tem aspectos semânticos, sintáticos e pragmáticos. Apontá-los e usá-los no formato instrucional de discussão em pequenos grupos pode constituir rica experiência educacional na formação do profissional de saúde. Por outro, contar notícias ruins a um paciente requer a compreensão da sua relação com o médico, que pode funcionar de modo diverso, na medida em que essa relação é humanamente diversa. A comunicação de notícias ruins e as atividades instrucionais que abordam esse assunto devem se valer de metodologias que possam dar conta dessa inerente diversidade de possibilidades. (TAPAJÓS, 2007)

Acerca das práticas de comunicação em territórios de saúde da família, Rangel-S (2008) faz uma revisão de literatura sobre a produção científica para o controle da dengue, destacando que predominam modelos de comunicação tradicionais, verticais e normalizadores, que convivem com os modelos assistencialistas e higienistas de atenção à saúde. O texto permite observar a convergência de resultados de diversos estudos que mostram que o acúmulo de conhecimentos sobre dengue pelas populações estudadas não correspondem às esperadas mudança de comportamento que conduziriam à prevenção, evidenciando desafios para superar a distância existente entre a intenção da prevenção através da oferta de informações e os processos de atribuição de significados pelas populações que vivenciam uma realidade adversa.

Os sujeitos são vistos como emissores-produtores e, simultaneamente, receptores ativos, capazes de interpretar mensagens. Acentuando um modelo teórico da comunicação, de uma abordagem compreensiva, esta passa a ser entendida como circulação de signos na dinâmica da vida e da interação humana, configurando redes sociais e técnicas de saberes construídos e compartilhados coletivamente. (RANGEL-S, 2008)

A comunicação e educação são entendidas não mais de forma unidirecional, como de transmissão/difusão de conhecimentos e informações entre um emissor e um receptor, mas como circulação e atribuição de sentidos entre os múltiplos emissores e receptores de mensagens.

Através do estudo descritivo, de abordagem qualitativa, com base em categorias teórico-metodológicas da educação popular e do modelo de comunicação do mercado simbólico, Cardoso e Nascimento (2010) realizaram um estudo sobre a

comunicação no Programa Saúde da Família, enfocando o agente de saúde como elo integrador entre a equipe e a comunidade.

O estudo traz uma abordagem socioantropológica, centrada na saúde coletiva e nos processos de comunicação e educação em saúde. Os referenciais teórico-metodológicos são da educação popular em saúde e do modelo do mercado simbólico, utilizados como norteadores do planejamento e execução da coleta de dados, favorecendo maior interação com os participantes da pesquisa, bem como instrumentalizando a organização e o tratamento analítico das informações identificadas. (CARDOSO; NASCIMENTO, 2010)

Outro estudo de abordagem qualitativa, na modalidade pesquisa-ação, sobre a comunicação e educação foi realizado no contexto do acolhimento em uma unidade de saúde da família. São analisadas ações educativas, cujos usuários explicitaram suas expectativas de contar com profissionais qualificados para uma escuta acolhedora e resolutiva. Os trabalhadores apontaram como fundamental o nível de comprometimento profissional da equipe. Da análise, emergiram cinco categorias: concepções de comunicação, criação do vínculo, escuta qualificada, comprometimento e espaços coletivos.

Tratando de introduzir inovações metodológicas nas práticas de comunicação dentre trabalhadores de saúde e propiciar a troca de experiências, conhecimentos e sentimentos entre trabalhadores dos serviços de saúde e comunicadores das rádios comunitárias, de modo a favorecer o fortalecimento dos esforços na comunicação em saúde com a comunidade, Matos, Meneguetti e Gomes (2009) realizaram oficinas articulando material de apoio, como radionovela, excertos de textos acadêmicos, pinturas, charges, caricaturas, músicas, poesias, mensagens, cordéis ou parábolas relacionadas ao tema. A avaliação final dessa iniciativa constou de um questionário preenchido pelos participantes, e a análise das respostas indicou tratar-se de uma metodologia compatível com os objetivos da pesquisa de envolver e desenvolver parcerias entre comunicadores, serviços de saúde e comunidade.

Voltado para a análise de imagens, o estudo de Sandra Oliveira, Débora Gaspar e Guilherme Oliveira (2009) recorre à semiótica enquanto teoria de análise no campo da comunicação, a qual tem contribuído para os estudos em comunicação em saúde, principalmente por possibilitar uma riqueza de análise desse tipo de objeto, propiciar a articulação de linguagens fílmicas, dentre outras, favorecendo a construção de sentidos frente algumas doenças, a exemplo, nas campanhas educativas.

Essa possibilidade de análise é uma aliada da saúde coletiva, principalmente por permitir compreender significados e sentidos de saúde-doença que circulam nas populações em situação de riscos e nos distintos contextos sociais.

Nesse sentido, os autores (OLIVEIRA, S.; GASPAR; OLIVEIRA, G., 2009), amparados nas possibilidades de contribuição da semiótica discursiva e da semioestética, bem como na apropriação dos efeitos de sentido de elementos significantes de imagens em processos de comunicação na área da saúde, apresentam um modelo de análise proposto por Jean-Marie Floch como possibilidade para a criação e avaliação da comunicação visual na área da saúde, especialmente em campanhas educativas. Estabelecem um campo de intersecção entre universos científicos por si só complexos ao aplicar o modelo para análise de um cartaz de uma campanha preventiva contra doenças provocadas pelo fumo. Isto quer dizer que os modelos da semiótica possibilitam a diversificação das práticas de pesquisa em saúde, educação e comunicação, contribuindo para uma abordagem de caráter multidisciplinar nas análises de campanhas preventivas que são de grande responsabilidade social.

Os autores destacam os conceitos de euforia (valor positivo – saúde e cura) e disforia (valor negativo – ausência de saúde) na semiótica, além do conceito de contrato de veridicção, os primeiros baseados na obra de Floch, que,

[...] no seu estudo sobre a significação de propagandas de medicamentos, identificou doze possibilidades estéticas no plano da expressão, as quais correspondem, no plano de conteúdo, aos efeitos de sentido de euforia; e, igualmente, trabalhando sempre com pares oponentes, propôs o mesmo número de possibilidades estéticas que correspondem às significações de disforia. (OLIVEIRA, S.; GASPAR; OLIVEIRA, G., 2009, p. 414)

O estudo levanta questões de grande interesse na comunicação em saúde:

A prevenção da doença deverá gerar, na massa populacional, efeitos de sentido de saúde (euforia) ou da sua ausência (disforia)? Uma campanha para doação de sangue, por exemplo: que aspecto deve ter a imagem para melhor persuadir a população? Em uma campanha de prevenção às cáries, o que deve ser mostrado? Até que ponto os conteúdos devem ser explícitos em figuras? Ou devem estar camuflados em elementos constitutivos da linguagem visual (luminosidade, desequilíbrio, dispersão, só para citar alguns)? (OLIVEIRA, S.; GASPAR; OLIVEIRA, G., 2009, p. 416)

Ao analisar, a partir da semiótica, imagens, cores, conteúdos, contrato de verificação, sentidos e estratégias de persuasão, os autores oferecem uma abordagem metodológica valiosa para a análise de peças comunicativas de campanhas em saúde.

Um aspecto de grande relevância na área da saúde é o fato de que o trabalho em saúde consiste em lidar com gente. Isso é ressaltado por Silva (2006), que afirma que a todo o momento, pelos corredores dos hospitais, ambulatorios, salas de emergência e leitos de pacientes surgem conflitos originados de uma atitude não compreendida ou mesmo de uma reação inesperada, o que torna problemática a relação dos trabalhadores de saúde como os usuários dos serviços. De acordo com Silva (2006, p. 16), em especial, “[...] o paciente hospitalar age [...] como uma pessoa assustada, pois está em um ambiente desconhecido e, em sua imaginação tudo pode acontecer.” A confiança no médico e o sucesso terapêutico dependem, além de outros fatores, de uma boa comunicação entre profissional de saúde e paciente.

Em torno dessa temática é que se desenvolvem alguns estudos sobre a educação médica, como a pesquisa de De Marco e outros (2010), que focaliza especificamente o aprendizado de técnicas de realização da entrevista médica e considera a resistência existente a esse preparo muitas vezes entendido como desnecessário e inerente ao profissional. Em um laboratório de comunicação, os autores visaram ampliar as habilidades comunicacionais necessárias para o exercício da tarefa médica. Utilizaram como inovação metodológica a gravação e discussão de dramatizações de técnica de vídeo *feedback* interativa. Foi realizada a análise cuidadosa e detalhada das imagens registradas, revelando-se um instrumento poderoso para a detecção e evolução das capacidades relacionais e comunicacionais. (DE MARCO et al., 2010)

Em torno da questão da contaminação ambiental, tema atual que remete à comunicação do risco, emerge nos estudos de comunicação a pesquisa de Santos e Cardoso (2011), na qual foi realizada análise de narrativas sobre a loucura e experiências e debates sobre os danos causados pelo chumbo na população brasileira.

Na análise das narrativas e experiências acerca da loucura, os autores focalizam o cuidado e a inserção dos profissionais de comunicação, como produtores e disseminadores de vozes polifônicas dos sujeitos com diferentes olhares. Diante da complexidade do tema, optou-se pelo construcionismo social como abordagem metodológica da pesquisa, por permitir captar o sentido da loucura. Foram entrevistados 14 profissionais da área de comunicação de Salvador, no Estado da Bahia: cinco

jornalistas de quatro jornais; cinco jornalistas de quatro emissoras de televisão; e quatro profissionais de radiodifusão de quatro emissoras de rádio (rádio AM e FM). (SANTOS; CARDOSO, 2011)

Também acerca da comunicação do risco, Castiel (2003) destaca que o processo comunicacional em saúde envolve aspectos bioéticos relevantes e aponta a necessidade de uma base normativa da comunicação, considerando tentativas importantes de se estabelecer protocolos éticos e formatos expositivos padronizados de comunicação de riscos, tanto para o campo da ciência como para os meios de comunicação no contexto dos países centrais. O autor ressalta a importância da forma como questões de saúde são divulgadas, em função do perigo potencial da informação enganosa (*misleading*) que pode até custar vidas. Convida o emissor da mensagem (cientista ou jornalista) a se colocar no lugar do receptor e perceber o conforto e o desconforto que a leitura/interpretação de uma situação/acontecimento lhe propiciaria, de certo modo antecipando o impacto dos conteúdos apresentados. Ainda, interroga como fazer para divulgar situações de risco com fidedignidade/objetividade: amenizar aspectos negativos? Omiti-los? Apresentar a realidade sem ornamentos? Respeitando-se a subjetividade. Argumenta que este recurso, “se usado com parcimônia e bastante cuidado, pode servir como razoável fio condutor para balizar este delicado processo comunicacional”. Uma pauta de itens relevantes é apresentada pelo autor para que cientistas e jornalistas possam se conduzir com cautela nesse processo. Destaca, também, estudos que, ainda que mereçam ressalvas, procuram indicar a relevância da comunicação entre especialistas do campo biomédico e pacientes/clientes para expressar quanto pesam custos, riscos e benefícios quando decidem entre caminhos terapêuticos. (RANGEL-S, 2007)

Este, dentre outros artigos, é discutido por Rangel-S (2007), que aborda a comunicação enquanto tecnologia para o controle do risco, proteção e promoção da saúde e segurança no contexto da sociedade de risco. A autora descreve e problematiza a comunicação do risco como uma tecnologia componente da análise de risco, considerando as múltiplas racionalidades em torno dos riscos na cultura e as várias dimensões que envolvem a regulação e controle do mesmo na modernidade tardia. Considera a complexidade do processo de comunicação, informada pelo debate teórico-metodológico deste campo. Para apreciar o verdadeiro valor do campo da comunicação para o controle de risco, proteção e promoção da saúde, o artigo oferece uma síntese das teorias de comunicação que sustentam o debate

desse tema e propõe aproximações críticas a modelos que incluem as dimensões do poder e da cultura no contexto da sociedade capitalista.

Di Giulio e outros (2012) analisam as estratégias de comunicação de risco utilizadas em dois casos de contaminação ambiental de chumbo no Brasil, um em Santo Amaro da Purificação, na Bahia, e o outro em Adrianópolis, no Paraná. Utilizam a triangulação de métodos, incluindo análise de notícias jornalísticas e entrevistas realizadas com diferentes atores sociais, como moradores, jornalistas, pesquisadores e autoridades. Ressaltam que os esforços empreendidos para a comunicação do risco falharam por desconsiderarem aspectos relevantes da vida social e cultural das populações.

Em torno do importante tema da disseminação e divulgação de conhecimento, Bizzo (2002) reconhece que um dos grandes desafios da ciência é ser amplamente difundida, sem perder a precisão; porém, o rigor científico não precisa ser sinônimo de hermetismo na difusão de ciência, pois o jargão utilizado no discurso desse campo de saberes torna praticamente impossível ao leigo decodificar um texto. A pesquisa acadêmica enfrenta o desafio da publicação dos resultados como processo de disseminação e divulgação de conhecimento que possibilita uma transformação das práticas, especialmente no campo de saúde coletiva. Destaca-se o papel da internet nesse processo: ao ser implantada a rede nas universidades, ela propiciou a criação de inúmeras formas de comunicação não previstas inicialmente. Por isso, continua sendo utilizada para pesquisa no mundo inteiro. Mas agora pode ser utilizada para todo o tipo de comunicação. A tecnologia basicamente é a mesma, mas hoje está mais acessível, com mais opção, mais pessoas. (GUIMARÃES, 2007)

Bizzo aborda a difusão científica, comunicação e saúde como propostas de reflexão concernente à integração de aspectos envolvidos na difusão de ciência em saúde. São feitas ponderações, englobando ciência, educação, linguagem e comunicação, bem como a compreensão e domínio públicos de ciência. São discutidos elementos relacionados ao papel de quem gera e de quem difunde conhecimento científico em saúde. (BIZZO, 2002)

A avaliação do impacto da internet no fluxo da comunicação científica em saúde é um objeto de grande interesse de toda a sociedade. Com o advento da internet e o desenvolvimento de novas tecnologias, alteraram-se as relações sociais, e o fluxo da comunicação científica foi reestruturado, refletindo uma profunda revisão de valores culturais, sociais e econômicos ainda em processo. (CASTRO, 2006) O autor destaca os desafios da utilização de todas as potencialidades dos meios de comunicação

eletrônicos para aprimorar aspectos positivos do fluxo de comunicação científica tradicional e na definição de políticas que sustentem a nova estrutura do fluxo de comunicação científica, garantindo a qualidade, preservação e disseminação da informação como bem público. (CASTRO, 2006)

Considerações finais

A ANÁLISE DA produção científica em comunicação apresentada neste capítulo, quanto aos objetos e métodos adotados nas pesquisas, aponta para a relevância de estimular a interdisciplinaridade e a aproximação entre os campos da saúde e comunicação. A formação na área de saúde é, sem dúvida, insuficiente para dar conta de um olhar do pesquisador para os objetos de pesquisa da complexa interface comunicação e saúde. Em geral, o pesquisador oriundo dessa área tem a sua formação básica centrada nas ciências biomédicas, permanecendo com amplas lacunas de conhecimentos nas áreas das ciências sociais e humanas, menos ainda das ciências da comunicação. Por sua vez, os pesquisadores das áreas das ciências sociais, humanas e da comunicação possuem lacunas de conhecimentos da área da saúde, seja das ciências biomédicas, seja das disciplinas que compõem o campo da saúde coletiva.

Desse modo, a escassez de inovações de objetos e métodos nessa produção científica é de certo modo esperada, embora não desejável. O aprendizado da produção inovadora de conhecimentos nesse campo depende de uma maior aproximação desses pesquisadores com disciplinas do campo da comunicação e da saúde. A aproximação e/ou formação de grupos de pesquisa integrando pesquisadores das diferentes áreas certamente pode contribuir para alterar este quadro.

Ademais, é necessária a intensificação de iniciativas que propiciem a troca de conhecimentos e o desenvolvimento de pesquisas conjuntas, de modo a permitir o aprendizado da pesquisa, combinando métodos de diferentes campos disciplinares e recorrendo à triangulação de teorias e métodos para dar conta da complexidade dos objetos.

Ademais, a divulgação da pesquisa é de suma relevância, e as universidades podem, dessa forma, exercitar o seu compromisso com a sociedade. Por isso, é preciso conhecer, dominar e utilizar a poderosa ferramenta que é a internet, de forma a

mapear e articular experiências de pesquisa e democratizar ao máximo o conhecimento de métodos de pesquisa mais adequados na produção científica em comunicação em saúde, admitindo-se que a internet é, também, um canal de construção e disseminação do conhecimento.

Referências

BELENS, Adroaldo. A tecnociência versus cultura científica: os desafios de uma crítica ao “deslumbramento” tecnológico na pós-modernidade. In: PORTO, Cristiane de Magalhães; BORTOLIERO, Simone (Org.). *Jornalismo, Ciência e Educação: interfaces*. Salvador: Edufba, 2013. p. 25-44. (Coleção Sala de Aula).

BIZZO, Maria Letícia Galluzzi. Difusão científica, comunicação e saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 307-314, jan./fev. 2002.

BOYD, Marlyn D. A guide to writting effective patient education materials. Accurate and readable patient education materials reinforce verbal instructions and serve as a resource at home. *Nursing Management*, Philadelphia, v. 18, n. 7, p. 56-57, jul. 1987. Disponível em: <http://journals.lww.com/nursingmanagement/Citation/1987/07000/A_Guide_to_Writing_Effective_Patient_Education.15.aspx>. Acesso em: 12 jun. 2014.

CARDOSO, Andréia dos Santos; NASCIMENTO, Marilene Cabral do. Comunicação no Programa Saúde da Família: o agente de saúde como elo integrador entre a equipe e a comunidade. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, p. 1509-1520, 2010. Suplemento 1. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/063.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2014.

CASTIEL, Luis David. Insegurança, ética e comunicação em *Saúde Pública*. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 37, n. 2, p. 161-167, 2003.

- CASTRO, Regina C. Figueiredo. Impacto da Internet no fluxo da comunicação científica em Saúde. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, p. 57-63, 2006. Número especial.
- COIMBRA JÚNIOR., Carlos E. A. Desafios da produção e da comunicação científica em saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 4-5, jan./fev. 2003.
- DE MARCO, Mario Alfredo et al. Laboratório de comunicação: ampliando as habilidades do estudante de medicina para a prática da entrevista. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 14, n. 32, p. 217-227, jan./mar. 2010.
- DI GIULIO, Gabriela Marques et al. Experiências brasileiras e o debate sobre comunicação e governança do risco em áreas contaminadas por chumbo. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 337-349, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v17n2/a08v17n2>>. Acesso em: 3 abr. 2014.
- GUIMARÃES, Jane Mary de Medeiros. Educação, globalização e educação à distância. *Revista Lusófona de Educação*, Lisboa, n. 9, p. 139-158, 2007.
- MARINHO, Mônica Benfica. O demônio nos “paraísos artificiais”: considerações sobre as políticas de comunicação para a saúde relacionadas ao consumo de drogas. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 343-354, mar./ago. 2005.
- MATOS, Marina Ruiz de; MENEGUETTI, Luiz Carlos; GOMES, Ana Luisa Zaniboni. Uma experiência em comunicação e saúde. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 13, n. 31, p. 437-447, out./dez. 2009.
- OLIVEIRA, Sandra Regina Ramalho e; GASPAR, Débora da Rocha; OLIVEIRA, Guilherme Augusto Ramalho e. Uma contribuição da semiótica para a comunicação visual na área da saúde. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 13, n. 29, p. 409-420, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n29/v13n29a13.pdf>>. Acesso em: 3 abr. 2014.
- PAIM, Jairnilson Silva. *O que é SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.
- PITTA, Áurea Maria da Rocha; RIVERA, Francisco Javier Uribe. Sobre pontos de partida: planejamento em comunicação e integralidade da atenção em saúde.

Interface: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 10, n. 20, p. 395-410, jul./dez. 2006.

RANGEL-S, Maria Ligia. Comunicação no controle de risco à saúde e segurança na sociedade contemporânea: uma abordagem interdisciplinar. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 5, p. 1375-1385, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v12n5/29.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2014.

RANGEL-S, Maria Ligia. Dengue: educação, comunicação e mobilização na perspectiva do controle - propostas inovadoras. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 12, n. 25, p. 433-441, abr./jun. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v12n25/a18v1225.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2014.

RANGEL-S, Maria Ligia; GUIMARÃES, Jane Mary; BELENS, Adroaldo Jesus. Comunicação e Saúde: aproximação ao estado da arte da produção científica no campo da saúde. In: PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA-FILHO, Naomar (Org.). *Saúde Coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. p. 625- 637.

ROSSI, Pedro Santo; BATISTA, Nildo Alves. O ensino da comunicação na graduação em Medicina: uma abordagem. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 9, n. 18, p. 93-102, jan./jun. 2006.

SANTOS, Josenaide Engrácia dos; CARDOSO, Cristina Maria Sousa. Narrativas e experiências acerca da loucura: uma reflexão de profissionais de Comunicação. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 15, n. 38, p. 727-739, jul./set. 2011.

SILVA, Maria Julia Paes da. *Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde*. 4. ed. São Paulo: Loyola, 2006.

TAPAJÓS, Ricardo. A comunicação de notícias ruins e a pragmática da comunicação humana: o uso do cinema em atividades de ensino/aprendizagem na educação médica. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 11, n. 21, p. 165-72, jan./abr. 2007.

TEIXEIRA, Carlos Antonio et al. Comunicação pública de pesquisas científicas do campo da Saúde. In: FORO IBERO-AMERICANO DE COMUNICAÇÃO E DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA, 1., 2009, Campinas. *Anais eletrônicos*. Campinas: Unicamp, 2009. Disponível em: <http://www.oei.es/forocampinas/PDF_ACTAS/COMUNICACIONES/grupo6/268.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2012.

TORALLES-PEREIRA, Maria Lúcia et al. Comunicação em saúde: algumas reflexões a partir da percepção de pacientes acamados em uma enfermaria. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 1013-1022, out./dez. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n4/a22v9n4.pdf>>. Acesso em: 2 abr. 2014.

VASCONCELLOS-SILVA. Paulo Roberto; RIVERA, Francisco Javier Uribe; CASTIEL, Luis David. Comunicação instrumental, diretiva e afetiva em impressos hospitalares. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1667-1679, nov./dez. 2003.

Capítulo 6

**Disseminação e divulgação
científica em saúde
na internet sobre
*o diabetes mellitus***

Cristiane de Magalhães Porto
Jane Mary Medeiros Guimarães
Adroaldo de Jesus Belens

Introdução

o **TEXTO TEM** como objetivo principal descrever a difusão da ciência na área de Saúde através da internet, tendo como objeto o *diabetes mellitus*, uma doença crônica, caracterizada pelas alterações endócrino-metabólicas, que modificam a homeostase da glicemia, e que configura como uma epidemia mundial, traduzindo-se em grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo. O diabetes foi escolhido por configurar-se como uma epidemia mundial, onde se registram 4 milhões de mortes por ano, o que representa 9% da mortalidade mundial total. (BRASIL, [201-] apud GUIMARÃES, 2014)

Um grande impacto econômico ocorre notadamente nos serviços de saúde como consequência dos crescentes custos do tratamento dessa doença. (BRASIL, 2006) De acordo com o *site* Telessaúde,¹ a doença atinge pelo menos 7 milhões de brasileiros. Somando-se os casos ainda não diagnosticados, esse número deve chegar a 10 milhões de pessoas. O Brasil é o oitavo país com maior número de diabéticos.

É importante ressaltar que, ao fazer referência à palavra *site*, especificamente sobre o diabetes, estão sendo considerados *sites* oficiais e de associações profissionais ligados à área de Saúde. Para a escolha dos *sites* referentes ao diabetes, levou-se em consideração a disponibilidade e facilidade no acesso a informações ao público em geral e também aos profissionais da saúde.

Para verificar como os *sites* e portais de saúde disseminaram o conhecimento científico acerca do diabetes, foi realizado o mapeamento desses suportes e uma descrição mais detalhada do portal de divulgação científica na área de Saúde, o Programa Telessaúde Brasil Redes. A escolha deste decorre de sua ação com a abrangência nacional apoiada pelo Ministério da Saúde. (OBJETO, [201-])

Dentre os núcleos que compõem o Programa Telessaúde, foi selecionado o de São Paulo, por se tratar de uma ação nacional com o objetivo de melhorar a qualidade do atendimento e da atenção básica no Sistema Único de Saúde (SUS). Esse

1 Acesse o *link* do Telessaúde Brasil: <<http://www.telessaudebrasil.org.br/>>. A implementação do Programa se inicia em 2007 com o Projeto Piloto em apoio à Atenção Básica, envolvendo nove Núcleos de Telessaúde localizados em universidades nos estados do Amazonas, Ceará, Pernambuco, Goiás, Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, com a meta de qualificar aproximadamente 2.700 equipes da Estratégia Saúde da Família em todo o território nacional.

núcleo integra ensino e serviço por meio de ferramentas de tecnologias da informação, que oferecem condições para promover a teleassistência e a teleeducação.

Argumenta-se que o estudo dos *sites* de difusão científica no Brasil pode colaborar para uma interlocução sobre uma cultura científica no país, mediante o estudo dos modos como os *sites* lidam com as notícias de ciência na sua interface com a saúde.

Para apresentar a abordagem do estudo, o capítulo está dividido em quatro partes principais. Na primeira, faz-se um passeio sobre a difusão da ciência no Brasil, lançando mão de conceitos e definições sobre a internet e como está ocorrendo a difusão da ciência brasileira no ciberespaço. Trata-se, também nesta primeira parte, de identificar elementos da internet que ajudam a redimensionar a difusão de ciência e suas respectivas subdivisões. Na segunda parte, descrevemos o processo metodológico da pesquisa qualitativo-descritiva. Na terceira, é apresentado o mapeamento dos principais *sites* de divulgação científica em Saúde no Brasil. Na quarta parte, procede-se uma descrição detalhada do *site* Telessaúde São Paulo, por seu caráter inovador na difusão de conhecimento do diabetes. Destaca-se que a sua construção se deu no espaço acadêmico da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, como materialização de uma estratégia de política de saúde idealizada pelo Ministério da Saúde. Observa-se como as informações sobre o diabetes são disponibilizadas aos profissionais de saúde e ao público em geral e identificam-se as ferramentas disponibilizadas no *site* e se estas priorizam a promoção da saúde. (OBJETO, [201-])

Difusão da ciência na internet: um olhar sobre a divulgação científica no Brasil

COM O ADVENTO da rapidez e instantaneidade das informações via internet, nota-se que a sociedade contemporânea redimensiona-se, vislumbrando caminhos novos e intrincados. É certo afirmar que a sociedade atual ganhou um novo corpo e, para se locomover, necessitou, e ainda necessita aprender a se movimentar com ele.

Seria a nova sociedade não apenas a transformação, mas a velocidade que a qualifica, delineando novas formas de relações sociais. Para Castells (1999, p. 353),

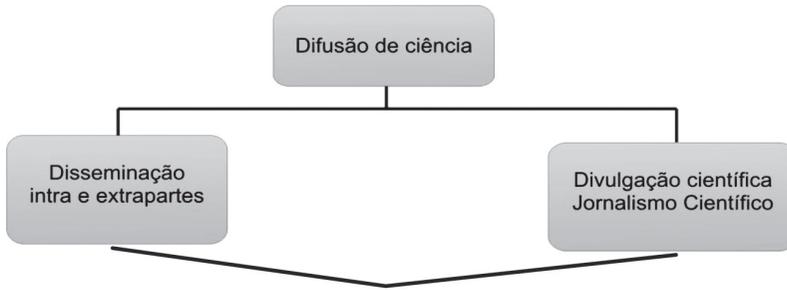
Na atualidade, a integração de vários modos de comunicação em uma rede interativa vem causando transformações sociais semelhantes à da invenção do alfabeto em 700 a.C. O surgimento de um novo sistema eletrônico de comunicação caracterizado pelo seu alcance global, integração de todos os meios de comunicação e interatividade potencial está mudando e mudará para sempre nossa cultura. Implica ainda no surgimento de uma novacultura: a cultura da virtualidade real.

O que o Castells afirma é um requisito essencial para que haja o entendimento do processo de transformação no que se refere não apenas ao fluxo de informação, mas também aos modos que vêm mudando comportamentos e instaurando uma cultura nova ou, na leitura de André Lemos (2009), uma cultura pós-massiva. Em meio a este momento, observa-se como a comunicação de ciência também é reconfigurada e vai-se caracterizando na rede como algo importante para o desenvolvimento humano e social.

É inegável que a internet causou um impacto significativo nas formas de comunicação científica e nos sistemas de informação. Distintos processos que acontecem em sociedade convergem, reconfigurando a forma de produção dos periódicos científicos. A ciência explorou e criou mecanismos alternativos de publicação científica, tendo em vista que essas tiveram como aliada as estratégias de difusão científica e as possibilidades abertas pelo uso das novas tecnologias, o que acelerou a ampliação do acesso ao público interessado. Segundo Castells (1999, p. 467), “[...] as redes constituem a nova morfologia de nossas sociedades e a difusão desta lógica de rede modifica substancialmente os processos e os resultados de produção, experiência, poder e cultura.”

A definição operacional que será adotada no decorrer deste texto, para difusão científica e suas especificidades, está fundamentada em Bueno (1984, p. 14). O autor afirma que a difusão da ciência trata de: “[...] todo e qualquer processo ou recurso utilizado para veiculação de informações científicas e tecnológicas.” É um conceito, e como tal, é amplo, abrangendo todo o tipo de texto científico ou que trate de ciência. Na definição proposta por Bueno (1984), para o processo de disseminação da ciência e da tecnologia, prevalece o código especializado, dirigido a um público seletivo, composto por especialistas em uma determinada área. Bueno (1984, p. 16-17) subdivide a disseminação científica em dois níveis, a saber: “1) disseminação intrapares e 2) disseminação extrapares [...]. A intrapares caracteriza-se por: 1) público especializado; 2) conteúdo específico; 3) código fechado.” Na figura abaixo é possível visualizar a definição supramencionada:

FIGURA 1 – PERSPECTIVA TEÓRICA DE BUENO SOBRE A DIFUSÃO DE CIÊNCIA



FORTE: PORTO (2009), COM BASE NA TIPOLOGIA DE BUENO (1984).

Observa-se que, mesmo sendo dirigida a um público específico e tecnicamente especializado, a disseminação intrapares da ciência tem se mostrado muito importante para a sedimentação do conhecimento científico. Quanto à disseminação extrapares, esta tem por objetivo fazer circular as “[...] informações científicas e tecnológicas para especialistas que se situam fora da área-objeto da disseminação.” (BUENO, 1984, p. 17) Na verdade, trata-se de um público também especializado, porém não com o conhecimento específico sobre a área.

Assim, comunicar os resultados de pesquisa, seja em revistas científicas intra e extrapares, seja em jornais e revistas de divulgação científica, está na ordem do dia nesta segunda década do século XXI. As palavras que regem as publicações científicas passam por internacionalização da ciência, fator de impacto e a ética na pesquisa e na publicação científica. Posto isso, constata-se que se a disseminação científica passa suas descobertas para a divulgação da ciência, aquelas ficarão mais próximas para o entendimento da sociedade em geral sobre as notícias de ciência e suas recentes descobertas.

É justamente a partir deste ponto que se intensificam as discussões sobre a divulgação da ciência na internet. Um ambiente com alcance global que, em função de sua virtualidade, rompe com antigas barreiras, potencializando a interação entre indivíduos das mais diversificadas regiões e culturas, produz, certamente, uma atmosfera absolutamente propícia à comunicação e popularização do conhecimento científico.

Não há dúvidas de que o avanço da internet possibilitou o surgimento de uma comunicação da ciência *on-line*. Esta ultrapassa os limites do texto e se firma como uma forma de jornalismo dinâmico, o qual multiplica as vozes que se imbricam,

buscando uma maior ligação com o leitor. Nessa mediação, as informações circulam independentemente do tempo e do espaço e traz em a multiplicidade de informações científicas acessíveis através dos *links*, se constituem como um espaço de divulgação de conhecimentos que se organizam e contextualizam o conteúdo por meio de uma linguagem polifônica.

Diante dessa nova perspectiva de ampliação do acesso à informação, especialmente na área da saúde, é possível que a sociedade venha a alcançar melhores níveis de conhecimento sobre a saúde para seus cidadãos e usuários do SUS.

Salienta-se que há um número crescente de *sites* que servem como espaço de informação sobre assuntos relacionados à saúde e que as estatísticas de visitação são elevadas. Isto demonstra que a internet promove e possibilita o acesso às informações que estão no início da lista de interesse da sociedade brasileira.

É correto afirmar que por meio da divulgação científica é possível proporcionar ao cidadão brasileiro uma funcional participação no processo cultural da ciência e da tecnologia para que esses *sites* se tornem parte do seu cotidiano. Por meio de ações de divulgação e estímulo à percepção pública de ciência, a visão de realidade da população pode ser potencializada e direcionada não apenas para mais objetividade sobre assuntos científicos, mas também para a sensibilidade de entender melhor qual a função da ciência para vida humana e o bem-estar social.

O interesse do brasileiro por notícias sobre ciência e saúde cresceu consideravelmente nos últimos anos. Na última pesquisa sobre Percepção Pública da Ciência e Tecnologia no Brasil, feita pelo Ministério de Ciência e Tecnologia (MCT) e apoiada por entidades como Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco), a afirmação pode ser confirmada. Na pesquisa, que ouviu 2.016 pessoas entre 23 de junho e 6 de julho de 2010, as áreas de medicamentos e tecnologias médicas (32,1%), agricultura (15%) energia nuclear (1,2%) lideram a lista de 12 segmentos avaliados como importantes. De acordo com os índices aqui demonstrados, a preocupação maior dos brasileiros é obter mais informações acerca da saúde e recentes tecnologias que serão aplicadas para tratamento e cura de doenças.

É evidente que há uma demanda social significativa, interessada em informação sobre ciência, e tecnologia em especial. Torna-se importante ressaltar que, por meio da internet, a divulgação da ciência no Brasil adquiriu um meio dinâmico, rápido e barato para disponibilizar assuntos referentes à ciência e saúde. Registra-se, também, que, na rede mundial, as notícias de ciência possuem a vantagem de estar

livre e aberta, o que torna viável que instituições, pesquisadores, jornais e revistas de difusão de ciência possam manter um *site* sobre ciência a custo baixo.

Apropriar-se do conhecimento científico é um procedimento funcional e constante. Este precisa acontecer em momentos e por públicos diferenciados. Não se deve esquecer que educar para ciência é uma forma de promover a cultura científica, objetivando fazer da ciência algo pertinente e ligado à cultura de um povo. Por meio disso, pode-se contribuir para um conhecimento melhor, dando maior solidez à melhoria das condições sociais e culturais da produção do conhecimento e, ainda, promover a inovação tecnológica.

Portanto, para que as informações científicas em forma de disseminação passem a ser divulgação de ciência é necessário entender que deve haver a transposição de uma linguagem extremamente específica para uma linguagem acessível. Trata-se de modificar a linguagem hermética da ciência quando esta “[...] ultrapassa os muros da comunidade científica e chega aos olhos e ouvidos do homem comum.” (ZAMBONI, 2001, p. 34) É também importante que haja um recorte do que se deseja informar, uma vez que o universo científico é muito amplo. (CORNELIS, 1998)

A divulgação de ciência na internet no Brasil é mais um meio para que a ciência encontre o caminho para atender à comunidade, ainda que o acesso à rede mundial seja privilégio de alguns. No entanto, por meio deste espaço que propõe interatividade e atualização com maior rapidez, é possível colaborar para que haja uma educação científica voltada especificamente para área de Saúde e, mais especificamente, para uma doença que afeta boa parte da população brasileira e mundial, que é o diabetes em seus diferenciados níveis.

Depois de destacar alguns aspectos basilares sobre a divulgação da ciência na internet no Brasil, as páginas que seguem tratarão sobre *sites* da área de Saúde que disponibilizam informações sobre o diabetes, realçando como eles podem ajudar o usuário, esclarecendo, tirando dúvidas e colaborando, assim, para que o portador do diabetes se informe acerca do tema.

Os caminhos metodológicos de análise dos *sites*

NESTE TRABALHO APROFUNDARAM-se aspectos no que se referem ao acesso a informações de saúde, especificamente sobre o tema diabetes, verificando nos *sites* e no portal Telessaúde a memória de produção de notícias e textos e como ocorre a

interatividade. Considerou-se nesta, para a análise dos *sites* e do portal, a facilidade do acesso, além destes abordarem a temática do diabetes, bem como a forma de abordagem feita em cada notícia ou textos postados.

Inicialmente, foram selecionados 10 *sites* oficiais para a realização da pesquisa. Por apresentarem o seu conteúdo em inglês, os *sites* da Associação Americana de Educadores de Diabetes, Federação Internacional de Diabetes e a Associação Europeia para os Estudos de Diabetes foram excluídos da amostra intencional. Também o *site* do Hiperdia, por tratar-se de um sistema de gestão clínica de hipertensão arterial e *diabetes mellitus* da atenção básica, direcionado ao público gestor.

Dessa forma, foram selecionados os *sites* e portais das seguintes instituições: a) Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD); b) Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM); c) Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO); d) Agência Nacional de Assistência ao Diabético (ANAD); e) Portal Saúde Ministério da Saúde (PORTAL SAÚDE); f) Telessaúde; e g) Telessaúde (núcleo São Paulo).

O mapeamento dos sete *sites* foi realizado a partir da página principal, da qual foram coletados dados referentes aos temas: diabetes, tratamento, alimentação e nutrição, atividades físicas, perguntas frequentes, comunicados de eventos, comunicados oficiais (artigos, leis, diretrizes e resoluções), medicamentos, insumos, vídeos, ferramentas interativas e facilidade de acesso.

O Telessaúde Brasil Redes, destacado para aprofundamento da análise, é integrado por gestores da saúde, instituições formadoras de profissionais de saúde e serviços de saúde do SUS, sendo constituído por: Núcleo de Telessaúde Técnico-Científico, instituições formadoras e de gestão e/ou serviços de saúde responsáveis pela formulação e gestão das teleconsultorias, telediagnósticos e segunda opinião formativa; e Ponto de Telessaúde, serviços de saúde através dos quais os trabalhadores e profissionais do SUS demandam teleconsultorias e telediagnósticos. (OBJETO, [201-])

Para a coleta dos dados nos *sites*, consideram-se as informações dos temas direcionados aos profissionais da saúde (intrapares) e ao público geral (extrapares). No Telessaúde/SP, na sessão do tema especial sobre diabetes, foi realizada uma análise qualitativa, em decorrência da facilidade de acesso às informações sobre o diabetes, por contemplar todos os temas anteriormente propostos nesta metodologia e sua contribuição para a educação e promoção da saúde. Os aspectos analisados foram: a) novidades nos conteúdos para os profissionais de saúde; b) legislação e portarias que tratam sobre o tema diabetes; c) conheça o Programa Diabetes;

d) materiais de apoio (cadernos de atenção básica e dados do Vigitel Brasil); e) áudios (informações essenciais para orientação e aprendizado); e f) vídeos para o público em geral (especialistas abordam questões importantes para o aprimoramento profissional).

Para o tema diabetes, foram apreciados o conceito e os tipos. Para o tratamento foram considerados assuntos referentes ao automonitoramento e exames.

Quanto à alimentação e nutrição, levaram-se em consideração as receitas e contagem de carboidratos. Para o tema da atividade física, além da prática de exercícios físicos, foram considerados educador físico e academia de saúde. As perguntas frequentes referem-se à possibilidade de acesso prévio ao esclarecimento de dúvidas. Para comunicação/eventos foram observados a divulgação de simpósios, seminários e cursos.

Quanto aos comunicados oficiais e artigos científicos, verificou-se a disponibilização de leis, resoluções e diretrizes. Para os medicamentos, insulina e insumos para o cuidado do diabetes, observou-se a divulgação de preços e da farmácia popular. Para insumos, destacou-se a divulgação de glicosímetros, lancetas e fitas de medidas glicêmicas.

No que tange aos vídeos educativos, informativos disponibilizados nos *sites*, *blogs*, *chat* e mensagem, esses se apresentaram como ferramenta interativa. Para analisar a facilidade no acesso às informações e ao conhecimento científico sobre o tema, considerou-se a disponibilidade de informações para os extrapares e intrapares na página principal do *site*.

Discussão e análise de divulgação científica dos *sites* sobre o *diabetes mellitus*

FORAM ESCOLHIDOS PARA análise, além dos temas, os dispositivos interativos, tais como *links*, vídeos, textos, entre outros, com o objetivo de investigar como se dá a difusão científica em saúde, especialmente o diabetes, para os intrapares e extrapares nos *sites*.

No *site* da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) aparece, para o público em geral, informações sobre o diabetes, alimentação e nutrição, perguntas e resposta frequentes, informações de insumos, alguns dispositivos educativos e ferramentas de interação. Todavia, o acesso às informações apresenta dificuldade. Para os profissionais

de saúde, quase todos os temas são mais acessíveis, com exceção de atividade física, alimentação e nutrição, temas muito próximos da promoção da saúde. No entanto, observa-se uma ênfase nos comunicados oficiais, denotando a disseminação científica para esses profissionais. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, [201-])

Por outro lado, os temas “medicamentos” e “insumos” aparecem com destaque, reforçando a discussão sobre a medicalização da saúde. Também neste quesito, apresenta-se, para os profissionais, facilidade no acesso às informações no *site*.

A divulgação de informações sobre o diabetes aparece tanto para o público em geral quanto para os profissionais da saúde. Todavia, quando analisado a partir do acesso a informação, os temas ficam mais acessíveis para o profissional de saúde do que para o público em geral, em decorrência do uso de termos técnicos da área de saúde, sem se preocuparem com linguagem simples, menos especializada. Destaca-se que o tema “atividade física”, tão importante para a promoção da saúde e controle do diabetes, não está disponibilizado para ambos os usuários.

O *site* da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia, na sua página principal, destinada ao público em geral, dá pouca ênfase ao tema diabetes, ou seja, poucas notícias e textos sobre a doença e formas de prevenção e cuidado. Essa tendência se apresenta também para os profissionais de saúde. (PARA PROFISSIONAIS, [201-])

Há um destaque para os temas “eventos”, “títulos de especialistas” e “serviços credenciados”. Na análise, identificaram-se também temas importantes para prevenção do diabetes, como alimentação e nutrição e atividades físicas, embora não seja enfatizado na página principal do *site* o tema diabetes nem para o público em geral, tampouco para os profissionais da saúde. Todavia, o *site* apresenta para o público em geral informações acerca de tratamentos, comunicação de eventos, vídeos, além de ferramentas interativas. A facilidade de acesso é pouco percebida na análise da página principal do *site*.

O acesso às informações no *site* da Agência Nacional de Assistência ao Diabético (ANAD) foi considerado o mais acessível, quando comparado com os demais *sites* analisados. O tema “tratamento” é muito enfatizado nas notícias e textos, assim como “comunicação oficial”, “comunicados de eventos”, “diabetes”, além de “alimentação” e “nutrição”. Todavia, temas importantes para prevenção do diabetes, como, por exemplo, a prática de exercício físico regular, não são disponibilizados para o público em geral. (AGENCIA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA AO DIABÉTICO, [201-])

Ao cruzar os temas “medicamentos” e “insumos”, observa-se uma rede de relações temáticas, tais como: “diabetes”, “alimentação e nutrição”, “comunicação de eventos” e “comunicados oficiais”. Diante do exposto, teria o *site* o papel em contribuir com a

difusão de medicamentos, insumos e eventos, inclusive para o público em geral, ao invés de contribuir divulgação de temas para a promoção da saúde?

Quando avaliadas as informações voltadas para os profissionais da saúde, observa-se que notícias e textos acerca do cuidado do diabetes foram disponibilizados no *site*. Confrontando as amostragens no *site* no contexto das duas formas de disseminação, qual a razão para que temas importantes relacionados à prevenção do diabetes não estejam disponibilizados na página principal e destinados ao público em geral?

No *site* da Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO), de todos os temas pesquisados, destaca-se que “atividade física” e “insumos” não foram divulgados para o público em geral, tampouco para o profissional de saúde. Todavia, ressalta-se que os temas “alimentação” e “nutrição” foram disponibilizados para esse público. Já o tema “medicamentos” está mais acessível para o público geral e para os profissionais de saúde, enquanto que as informações para prevenção e promoção da saúde foram consideradas como de difícil acesso para ambos. (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA, [201-])

No *site* do Portal Saúde do Ministério da Saúde, na análise da página principal, dentre os temas abordados, aparece o “diabetes”. No entanto, não são disponibilizadas as formas de tratamento, nem medidas preventivas, como alimentação e nutrição, para o público em geral. Nota-se que, para os profissionais, temas como “diabetes”, “tratamento”, “alimentação e nutrição”, “atividade física”, “medicamentos” e “insumos” não foram abordados. Salienta-se que, para os profissionais de saúde e o público em geral, o *site* apresenta facilidade de acesso às informações. (OBJETO, [201-])

No *site* do Telessaúde, dos temas abordados na página principal, o “diabetes” aparece para ambos os públicos. Os demais temas relacionados ao tratamento, à prevenção e à promoção da saúde ficaram evidentes, além de temas como “medicamentos” e “insumos”. De certo modo, há um equilíbrio na disponibilização das informações tanto para o público em geral quanto para os profissionais de saúde, embora a facilidade de acesso seja melhor para este último. (OBJETO, [201-])

Dos sete *sites* analisados, o Telessaúde apresenta o diabetes como tema especial, evidenciado pela sua estrutura e pelo material disponibilizado. Destaca-se também que os dispositivos pedagógicos, como vídeos, áudios, *slides*, entre outros, tanto para o público em geral quanto para os profissionais de saúde, possibilitam um

direcionamento para a autonomia dos sujeitos na busca pelo conhecimento e informação, divulgação de conhecimento e contribuição para a promoção da saúde. (OBJETO, [201-])

O Telessaúde e a divulgação científica sobre o *diabetes mellitus*

O ciberespaço é um vasto terreno de pesquisa, de informação e de interação mundial em tempo real, onde há muitos mecanismos de interatividade e trabalho em conjunto. Quando existe um vínculo entre as pessoas, esse trabalho fica interessante. Se não há esse o vínculo, é um trabalho empobrecido. Contudo, reconhecer o potencial educativo da rede não significa dizer que a internet será sempre a melhor mídia para o ato de ensinar-aprender. (GUIMARÃES, 2007)

A promoção de saúde, ao estabelecer a necessidade de considerar o conhecimento e a apropriação do indivíduo e da comunidade sobre seu processo de saúde-doença, abre a possibilidade de valorizar outros tipos de conhecimentos e práticas que não são científicos, mas que convivem nos mesmos espaços sociais.

A promoção estabelece a possibilidade de que as várias formas de conhecimento, silenciadas com o desenvolvimento moderno, possam ser levadas em conta. A destruição desses conhecimentos produziu silêncios que tornaram impronunciáveis as necessidades e aspirações dos povos e grupos sociais cujas formas de saber foram objeto de destruição. No entendimento de Santos (2000), trata-se do conhecimento em que conhecer é reconhecer, progredir, no sentido de elevar o outro na condição de objeto à condição de sujeito.

Na análise do *site* Telessaúde, os aspectos mais notáveis são a promoção e educação para a saúde, tendo em vista a autonomia dos sujeitos, sejam estes profissionais de saúde, pacientes ou cuidadores. (OBJETO, [201-])

FIGURA 2 – SAIBA COMO ACESSAR OS CONTEÚDOS SOBRE AUTOCUIDADO EM DIABETES MELLITUS



FORNTE: TELESSAÚDE BRASIL REDES (2014).

Para Lévy (1999), a dimensão social da inteligência está intimamente ligada às linguagens, às técnicas e às instituições, notoriamente diferentes, conforme os lugares e as épocas e entre todos os fatores que coagem a inteligência coletiva. As tecnologias intelectuais – que são os sistemas de comunicação, de escrita, de registro e de tratamento da informação – desempenham um papel considerável.

No *link* “tema especial em diabetes”, apresenta-se um *sublink* “novidades nos conteúdos para os profissionais de saúde”. Trata-se de um mural eletrônico pelo qual são divulgadas notícias de interesse amplo, quer seja para o profissional de saúde, quer seja para o público em geral. Dentre os temas voltados para a promoção da saúde e cuidado, destaca-se, para o público em geral, “alimentação saudável” e “aproveitamento de alimentos”, enquanto para o profissional de saúde, “vídeos educativos” e “apresentações com fundamentação teórica” e “orientação nutricional”. (OBJETO, [201-])

Quanto ao *sublink* “legislação, leis e portarias”, que tratado tema “diabetes”, são disponibilizados normatização e relação nacional de medicamentos, portarias sobre financiamento pelas três esferas de gestão e distribuição gratuita de medicamentos, insulinas e insumos para pacientes insulino-dependentes. De todo modo, ressalta-se que o *sublink* “legislação” é mais compreensível para gestores e profissionais de saúde. (OBJETO, [201-])

O *sublink* “conheça o programa diabetes” é um programa de educação continuada do Ministério da Saúde que objetiva o cuidado adequado das pessoas que vivem com diabetes no Brasil. As informações educativas deste são destinadas aos profissionais da rede básica de saúde, cuidadores e pessoas com diabetes de todas as localidades do país. A inovação desta proposta é que, além de subsidiar os profissionais da saúde e pacientes, também disponibiliza informações e procedimentos para cuidadores. (OBJETO, [201-])

Esse *sublink* possibilita o acesso ao Programa Estratégia Nacional para Educação em Saúde para o Autocuidado em *Diabetes Mellitus*, composto por outros *sublinks* que dão acesso a materiais sobre os “riscos de ter diabetes” e o “programa prato feito”, além de um tutorial orientando a sua utilização aos usuários do *site*. Observa-se aqui um conteúdo de divulgação científica sobre o monitoramento e cuidado do *diabetes mellitus*, disponibilizado para três segmentos: profissionais, pacientes e cuidadores. (OBJETO, [201-])

Para Fourez (2002), a finalidade da divulgação não é transmitir um verdadeiro conhecimento, visto que no fim da emissão a única coisa que se sabe com certeza é que não se compreende grande coisa do assunto. É fato que, segundo o autor, quando não é conhecimento, não se permite agir. É um saber que não é, porque não é poder. Fundamentado nisso, o paciente ganha autonomia tão necessária na promoção da saúde e no autocuidado.

Noutra perspectiva, dar poder aos sujeitos significa possibilitar o acesso, de fato, ao conhecimento, de modo que eles possam servir-se dele. Esse tipo de divulgação, segundo Fourez (2002, p. 257), é o verdadeiro conhecimento, “[...] no sentido em que a representação do mundo que proporciona, permite agir [...] e os não-especialistas a não se sentirem totalmente à mercê dos peritos.”

Dessa forma, o acesso ao conhecimento pode despertar nas pessoas o desejo de ir além de se servir dele. Acredita-se que o acesso a esse conhecimento permite extrapolar quando as pessoas encontram de fato, nesse conhecimento, uma relação e um sentido prático para as suas vidas, compreendendo que ele pode levá-los a uma ação. Nesse contexto, a divulgação científica está relacionada ao verdadeiro conhecimento.

Numa sociedade fortemente baseada nas ciências e nas tecnologias, a divulgação científica tem, portanto, um valor sociopolítico relevante. Porém, essa dinâmica pode se configurar numa difusão de ideologia que se esconde na cortina da tecnociência, e como consequência, as pessoas tornam-se mais difusas nesse jogo tenso entre conhecimento, poder e deslumbramento. (BELENS, 2012) Nessa

direção, Porto (2010, p. 49) esclarece que “[...] a ciência enquanto um saber que estabelece uma interlocução gera um ordenamento comunicacional, o qual, por meio da sua difusão, possibilita sua expansão e aperfeiçoamento.”

Todo processo de aperfeiçoamento implica na formação (profissionais de saúde) na educação continuada dos envolvidos no cuidado, autocuidado e prevenção do diabetes, contribuindo para um maior conhecimento sobre seus conceitos e apropriação de conhecimentos científicos em saúde.

O *sublink* “conheça o programa diabetes”, assuntos que fazem parte da rotina das pessoas com diabetes, como dieta, atividade física, monitoração e aplicação de insulina são abordados em formato de vídeo, áudio e *website*. O conteúdo visa facilitar o dia a dia dos profissionais em seus atendimentos, e dos pacientes no melhor entendimento e cuidado com a sua condição de vida. (OBJETO, [201-])

O material educativo do programa também conta com os “riscos de ter diabetes”, questionário para o público leigo, e o “programa prato feito”, destinado a profissionais médicos e nutricionistas. Outro programa envolve ainda discussões de casos clínicos via internet, considerados complexos pela rede básica de saúde.

No *sublink* “materiais de apoio” são disponibilizados textos para *downloads* em *portable document format* (PDF), questionários para levantamento de risco do diabetes, além de três cadernos com conteúdos sobre: a) Atenção básica: prevenção clínica de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica; b) Hipertensão arterial sistêmica; e c) *Diabetes mellitus*. Além desses, ainda está disponibilizada uma pesquisa da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. (OBJETO, [201-])

As informações essenciais que servem de orientação e aprendizado para profissionais de saúde e pessoas com diabetes são apresentadas em pequenos áudios. Essa estratégia facilita a memorização das informações e auxilia na compreensão do que é o diabetes, na sua prevenção e tratamento, proporcionando melhor entendimento sobre a doença e podendo contribuir para a melhoria na qualidade de vida. Os áudios também permitem que mais pessoas tenham acesso à competência e à vivência dos profissionais de saúde. (OBJETO, [201-])

Entre os temas abordados, destacam-se a “definição de diabetes”, “sintomas e diagnósticos”, “fatores de riscos e orientações”, “dieta saudável”, “atividade física” e “diabetes gestacional”. Também são disponibilizados dispositivos para o público em geral e profissionais de saúde, como: vídeos sobre o monitoramento da glicemia, utilizando diversas marcas de lancetas, fitas e glicosímetros. Para os profissionais de

saúde são disponibilizados vídeos sobre o diabetes com maior tempo de duração, com finalidades educativas – a dieta saudável, exercício físico, cuidados com os pés e gerais e antidiabético orais –, além das apresentações “como modificar a terapêutica do diabético quando ele faz exercícios”, “*diabetes mellitus* tipo 1 e gestação” e “síndrome metabólica”. (OBJETO, [201-])

Considerações finais

EXISTE UMA COMPLEXIDADE na interação em rede que compõe a produção científica sobre a comunicação em saúde. Este fato assinala, pois, as possibilidades oferecidas pelas tecnologias da informação e comunicação (TICs) que levam a assumir a divulgação e a cultura científica como fundamentais nesta pesquisa para a compreensão e contextualização de como esse volume de produção de conhecimento pode interferir na política em saúde pública. Considera-se que uma análise da incorporação das TICs na divulgação científica poderá oferecer uma contribuição relevante para o campo da Saúde Pública, especialmente no que concerne à possibilidade de ampliação do acesso ao conhecimento produzido.

É fato que as redes mudam não apenas a morfologia das informações, mas ajudam a formar uma nova sintaxe, estabelecendo uma cultura mais interlocutória sobre os mais diversos temas. Contudo, para que essa rede de conexão seja a alma do processo de divulgação e disseminação da cultura científica, requer o amparo de uma crítica ao modelo de divulgação feito nos meios de comunicação, a qual dissemina um poder tecnológico de especialistas e as “maravilhas” empreendidas pela tecnociência.

Ao identificar a incorporação crescente das TICs no campo da Saúde e reconhecer suas potencialidades quanto à difusão de artigos científicos, nota-se que, embora o conteúdo da comunicação para divulgação científica em saúde demande precisão, profundidade, explanação de mecanismos de doença e metabólicos, clareza, estilo conversacional e atualidade científica, quase como via de regra, esse conjunto de requisitos está pouco presente nos *sites* estudados. (BOYD, 1987)

Ganha relevância a necessidade de se dar a conhecer os processos de prevenção, instalação e tratamento das doenças. Todavia, dá-se pouca atenção à necessidade

de se desvendar, na educação e comunicação científica, como os eventos de saúde e doença ocorrem. (BIZZO, 2002)

Há uma possibilidade de transformação desse contexto de valores utilitaristas, e um programa mais agressivo de divulgação e disseminação da cultura científica torna-se capital. A inserção das TIC contribui para a constituição de novos espaços de conhecimento que favoreçam a construção do processo de democratização e de universalização do saber produzido no campo de Saúde, uma vez que a possibilidade de acesso a esses artefatos cada vez mais marca uma fronteira entre a inclusão/exclusão dos sistemas produtivos do mercado de consumo, inclusive, do trabalhador da educação. A forma capitalista atual não permite que essa potencialidade se realize em sua plenitude, apenas – e contraditoriamente – abre possibilidades.

A comunicação torna-se mais sensorial, multidimensional e não linear. As técnicas de apresentação são mais fáceis hoje e mais atraentes do que anos atrás, o que aumenta o padrão de exigência para mostrar qualquer trabalho através de sistemas multimídia. O som não será um acessório, mas uma parte integral da narrativa.

Referências

AGENCIA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA AO DIABÉTICO (ANAD). [201-]. Disponível em: <<http://www.anad.org.br/>>. Acesso em: 3 ago. 2014. Foram objetos de análise os *links* “Público Geral”, voltado para leigos sobre a doença, com *sublinks* para informação sobre o “diabetes”, “educação em diabetes”, “Multiprofissionais da ANAD”, “Vídeos”, “Eventos” e “Receitas”. Enquanto, o link “Profissionais de saúde” é composto de *sublink* “Sobre a Anad”, “profissionais de saúde” “eventos”, “Links relacionados”, “Vídeos” e “Medicamentos” os quais contêm informações para os profissionais de saúde.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA (ABESO). [201-]. Disponível em: <<http://www.abeso.org.br/>>.

Acesso em: 03 ago. 2014. A análise do *site* centrou-se no link “Atitude saudável +” que apresenta sub-links “IMC”; “Dicas”; “Dúvidas” e “Receitas”.

BELENS, Adroaldo. A Tecnociência versus cultura científica: os desafios de uma crítica ao “deslumbramento” tecnológico na pós-modernidade. In: PORTO, Cristiane de Magalhães; BORTOLIERO, Simone (Org.). *Jornalismo, Ciência e Educação: textos em debate*. Salvador: Edufba, 2012. p. 25-44. (Coleção Sala de Aula).

BIZZO, Maria Letícia Galluzzi. Difusão científica, comunicação e saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 307-314, jan./fev. 2002.

BOYD, Marlyn. A guide to writting effective patient education materials. *Nursing Management*, Philadelphia, v. 18, p. 56-64, 1987. Disponível em: <<http://informahealthcare.com/doi/abs/10.1080/09638280410001724816>>. Acesso em: 3 ago. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diabetes Mellitus*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. Portal da Saúde. [201-]. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/orientacao-e-prevencao>>. Acesso em: 3 ago. 2014. Analisou-se *site* a partir do link “Cidadãos” e *sublink* “Orientação e Prevenção”, e neste, o *sublink* “Diabetes”.

BUENO, Wilson da Costa. *Jornalismo científico no Brasil: o compromisso de uma prática independente*. 1984. 163 f. Tese (Doutorado em Comunicação) – Escola de Comunicação e Artes, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1984.

CASTELLS, Manuel. *A Sociedade em rede*. 6. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

CORNELIS, Gustaaf C. Is popularization possible? In: WORLD CONGRESS OF PHYLOSOPHY, 20., 1998, Boston. *Anais eletrônicos...* Boston: Paideia, 1998, p. 10-15. Disponível em: <<http://www.bu.edu/wcp/Papers/Scie/ScieCorn.htm>>. Acesso em: 3 ago. 2014.

FOUREZ, Gerard. *A construção da Ciência: a lógica das invenções científicas*. Tradução de João Duarte. Lisboa: Instituto Piaget, 2002.

GUIMARÃES, Jane Mary de Medeiros. Educação, globalização e educação à distância. *Revista Lusófona de Educação*, Lisboa, n. 9, p. 139-158, 2007.

GUIMARÃES, J. M. M. *Paradigmas e trajetórias tecnológicas em saúde: mídia, acesso e cuidado do diabetes*. 2014. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Colegiado de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.

LEMOS, André. Cibercultura como território recombinante. In: TRIVINHO, Eugênio; CAZELOTO, Edilson. *A cibercultura e seu espelho: campo de conhecimento emergente e nova vivência humana na era da imersão interativa*. São Paulo: ABCiber: Instituto Itaú Cultural, 2009. p. 38-51. (Coleção ABCiber). Disponível em: <http://abciber.org/publicacoes/livro1/a_cibercultura_e_seu_espelho.pdf>. Acesso em: 3 ago. 2014.

LÉVY, Pierre. *A inteligência coletiva: por uma antropologia do ciberespaço*. São Paulo: Loyola, 1999.

OBJETO de aprendizagem. *Telessaúde Brasil Redes*. [201-]. Disponível em: <<http://pesquisa.bvs.br/telessaude/?where=OBJ>>. Acesso em: 3 ago. 2014.

PARA PROFISSIONAIS. *Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM)*. [201-]. Disponível em: <<http://www.endocrino.org.br/Profissionais/>>. Acesso em: 3 ago. 2014.

PORTO, Cristiane de Magalhães. *Impacto da internet na difusão da cultura científica brasileira: as transformações nos veículos e processos de disseminação e divulgação científica*. 2010. 198 f. Tese (Doutorado em Cultura e Sociedade) - Programa Multidisciplinar de Pós-graduação em Cultura e Sociedade, Faculdade de Comunicação, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.

SANTOS, Boaventura de Sousa. *A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência*. São Paulo: Cortez, 2000.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). [201-]. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/>>. Acesso em: 3 ago. 2014. Foi objeto de análise os links "Para público Geral", voltado para leigos sobre a doença, e o *sublink* "Tudo sobre diabetes" e "Nutrição". Enquanto, o link "Para profissionais" é composto de *sublink* "Publicações", "Multimídia".

ZAMBONI, Lilian Márcia Simões. *Cientistas, jornalistas e a divulgação científica: subjetividade e heterogeneidade no discurso da divulgação científica*. Campinas: Autores Associados, 2001.

Currículo dos autores

Adroaldo de Jesus Belens

Mestre em História pela Universidade Federal da Bahia (UFBA); pesquisador na área de Cibercultura e Novas Tecnologias e Divulgação Científica em Saúde. Leciona em cursos presenciais e a distância em pós-graduação no campo da Saúde Coletiva e Comunicação. Pesquisador-colaborador da linha de pesquisa Comunicação e Saúde do Instituto de Saúde Coletiva (ISC/UFBA). *E-mail:* adroaldobelens@gmail.com.

Cristiane de Magalhães Porto

Doutora multidisciplinar em Cultura e Sociedade (UFBA). Mestrado em Letras e Linguística (UFBA). Atualmente, é professora da categoria professor pleno da pós-graduação da Universidade Tiradentes (PPPG/Unit), atuando como professora do mestrado em Educação e editora científica desta instituição. *E-mail:* crismporto@gmail.com.

Gabriela Lamego

Psicóloga; mestre em Saúde Coletiva; e doutoranda Saúde Coletiva no ISC/UFBA. Estuda a violência contra a mulher na interface com a comunicação. Pesquisadora-colaboradora da linha de pesquisa Comunicação e Saúde do ISC/UFBA. *E-mail:* gabilamego@hotmail.com.

Ivone Cerqueira

Nutricionista, mestre em Medicina e Saúde (FBM/UFBA). Coordenadora do serviço de Desenvolvimento de Pessoas do Complexo Universitário Hospitalar Prof. Edgard Santos (UFBA). Pesquisadora-colaboradora da linha de pesquisa Comunicação e Saúde do ISC/UFBA. *E-mail:* ivonecscerqueira@hotmail.com.

Jane Mary Medeiros Guimarães

Mestre em Ciências da Educação pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Possui graduação em Ciências Econômicas. Doutoranda em Saúde Pública do ISC/UFBA. Pesquisadora do Programa de Economia, Tecnologia e Inovação em Saúde (PECS/ISC/UFBA) e da linha de pesquisa Comunicação e Saúde do ISC/UFBA. *E-mail:* janemg@gmail.com.

José Francisco Serfaim

Doutor em Cinema Documentário pela Univeristé Paris Ouest. Professor da Faculdade de Comunicação da Universidade Federal da Bahia (Facom/UFBA). Pesquisador junto ao Programa de Pós-Graduação em Comunicação e Cultura Contemporâneas (UFBA). Pesquisador-colaborador linha de pesquisa Comunicação e Saúde do ISC/UFBA. *E-mail*: serafimfj@gmail.com.

Magali Maria dos Anjos Pinto

Médica veterinária. Mestre em Saúde Coletiva (ISC/UFBA). Pesquisadora-colaboradora da linha de pesquisa Comunicação e Saúde do ISC/UFBA. *E-mail*: maga_mapi@yahoo.com.br.

Maria Cecília Moraes Simonetti

Mestre em Saúde Comunitária e doutoranda em Saúde Coletiva (ISC/UFBA). Estuda gênero, sexualidade, direitos sexuais e reprodutivos, junto ao Programa de Pesquisa em Gênero, Sexualidade e Saúde do ISC/UFBA. *E-mail*: cecisimo@hotmail.com.

Maria Ligia Rangel-S

Médica sanitária, doutora em Saúde Pública e professora associada do ISC/UFBA. Mestre em Saúde Comunitária (DMP/UFBA), especialista em Tisiopneumologia Sanitária pela Universidade de São Paulo (USP) e Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP-Fiocruz). Coordenadora da linha de pesquisa Comunicação e Saúde do ISC/UFBA. *E-mail*: lirangel@ufba.br.

Natália Ramos

Psicóloga; Doutorada e Pós-Doutorada em Psicologia Clínica Intercultural e Professora associada da Universidade Aberta (Lisboa), investigadora do Centro de Estudos das Migrações e das Relações Interculturais. Coordenadora da linha de pesquisa: Saúde, Cultura e Desenvolvimento na UAb. *E-mail*: natpramos@hotmail.com.

COLOFÃO

Formato	17 x 24 cm
Tipografia	Myriad Pro
Papel	Alcalino 75 g/m2 Cartão Triplex 300 g/m2 (capa)
Impressão	EDUFBA
Capa e acabamento	Cian Gráfica
Tiragem	400

Saberes em Saúde, Ciência e Comunicação toma a vida como ponto de partida para olhar a saúde em detrimento da doença, o que requer considerar novos modos de subjetivação pelos quais se evidenciem modos de viver para além dos processos saúde/doença. Desse ponto de partida, inúmeras dimensões das formas de viver desafiam a produção do conhecimento em saúde, destacando-se a comunicação que permeia a dinâmica da vida na sociedade em toda a sua amplitude. A Comunicação e Saúde se conforma então como área de interface entre esses campos de saberes e práticas e nela se constroem novos objetos da ciência. Dessa perspectiva, estudar a saúde inclui estudar a comunicação, seja naquilo que se refere às interações interpessoais cotidianas, dentro e fora dos serviços de saúde, seja acerca dos meios e mensagens de saúde que permeiam a estrutura social. Assim, a Comunicação e Saúde se apresenta como um objeto complexo da ciência a requerer o exercício da interdisciplinaridade. Esta obra se situa no campo da Saúde Coletiva, buscando o diálogo com a Comunicação, para compreender os modos como os saberes em saúde se produzem, circulam e são apropriados pelos sujeitos em distintos espaços sociais, bem como a configuração de novos desafios para a produção do conhecimento em saúde.

Maria Lígia Rangel-S

Jane Mary Medeiros Guimarães

Adroaldo de Jesus Belens

[...] as ideias dominantes de uma sociedade são as ideias das classes dominantes. Reduzir a promoção da saúde a condutas individuais, como controle alimentar e atividade física, [...], revela a reprodução da ideologia dominante que mascara a concentração do poder, riqueza e saber no capitalismo como determinantes de riscos e danos à saúde.

Jairnilson Paim

