



**Universidade Federal da Bahia
Faculdade de Comunicação
Jornalismo**

Autor: Tanara Régis

**Comunicação e Saúde:
Um estudo sobre a incomunicabilidade entre o MUSA e o
Jornalismo Impresso Baiano.**

SALVADOR – BAHIA

2007.2

TANARA RÉGIS

**Comunicação e Saúde:
Um estudo sobre a incomunicabilidade entre o MUSA e o Jornalismo Impresso
Baiano.**

Monografia de curso apresentada como requisito para obtenção do Bacharelado em Comunicação Social, com habilitação em Jornalismo, na Faculdade de Comunicação da Universidade Federal da Bahia – UFBA.

Orientação: Prof^ª Dr^ª Simone Terezinha Bortoliero

SALVADOR – BAHIA

2007.2

Dedicatória

Aos meus queridos pais, alicerces de minha educação e vida, João e Luci, às minhas irmãs, fortalecedoras dos meus objetivos, Nad e Tati, aos meus amigos, uma guardiã família simbólica, Billa, Carol, Dai, Lú, Gabi, Gug, Joãozinho e Rafa, e ao meu amado George que com o seu indispensável amor tornou o percurso desse trabalho menos árduo.

SALVADOR – BAHIA

2007.2

Agradecimentos

Agradeço a minha irmã Tatiara e a professora Carmen Jacob, pelos primeiros incentivos e orientação na escolha da área de conhecimento, o jornalismo científico, ao perceberem o meu interesse por temas relacionados a essa especialização. A minha orientadora Simone Bortoliero, que conduziu atenciosamente todo o percurso para a realização dessa monografia. A tutora do Programa de Educação Tutorial (PETCOM), Graciela Natansohn, por incentivar a minha primeira apresentação do artigo sobre essa pesquisa para a graduação de comunicação da UFBA. Aos meus amigos João Barreto e Gustavo Bezerra por compartilhar as inquietações desse processo e fazerem as inúmeras revisões e correções na formatação e redação desde o principio desse trabalho.

“Num país que acha em estado de subdesenvolvimento, mas que deseja vencer esta situação, não é possível que as elites intelectuais se mantenham paradas e inertes, olhando, apenas olhando, as belezas ou as supostas belezas do passado e sonhando, apenas sonhando, com paisagens maravilhosas do futuro. Elas têm de ser ativas e procurar contribuir efetivamente para o progresso. Não se quer dizer que não haja lugar para o pensamento teórico. O que se quer dizer é que em qualquer atividade, o homem culto deve ter plena consciência da importância de seu esforço para o bem estar coletivo”.

(José Reis, *Ensino da Ciência*, 2002)

Resumo

Este trabalho avalia a divulgação da pesquisa “Morbimortalidade Materna e Aborto” produzida pelo MUSA -Programa de Estudos em Gênero e Saúde do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC -Ufba) publicadas no Jornal A Tarde no período de 01 de janeiro de 2007 à 26 de novembro de 2007. A pesquisa foi de caráter quantitativo e qualitativo e retrata as dificuldades de comunicação entre instituições de pesquisa e mídias locais. Do ponto de vista teórico retrata o campo da comunicação para a saúde, jornalismo e saúde e jornalismo científico. Resgata ainda a experiência do MUSA, sua história, linhas de pesquisa, importância social e dificuldades de relação com o jornalismo local.

Palavras-chave: comunicação e saúde, jornalismo científico, jornalismo e saúde.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	8
CAPÍTULO 1	
Comunicação e Saúde.....	12
1.1 Breve Contexto Histórico.....	15
1.2 Concepções midiáticas acerca da saúde: o campo discursivo da mídia e a disputa de sentidos	19
1.3 A intrincada rede midiática em saúde	31
CAPÍTULO 2	
Conceito de Jornalismo Científico:práticas do Jornalismo em Saúde.....	32
2.1 O jornalismo científico em saúde e sua prática no Brasil.....	40
2.2 Há jornalismo científico nos jornais impressos baianos?.....	49
2.2.1 O Observatório da Imprensa.....	51
2.2.2 Fontes e Procedência.....	52
2.2.3 Conteúdo e Abordagem.....	54
2.2.4 Visão sobre Saúde e Doença.....	55
2.3 Considerações.....	56
CAPÍTULO 3	
Metodologia.....	57
3.1 A Entrevista.....	58
3.2 Análise de conteúdo das matérias do À Tarde sobre Mortalidade Materna e Aborto	59
CAPÍTULO 4	
Musa - A divulgação das pesquisas no Jornal A Tarde.....	60
4.1 O que é o MUSA.....	61
4.2 História de Formação.....	62
4.3 Importância Social: o caso do Projeto TESE.....	64
4.4 Relação MUSA e Mídia: a visão dos conflitos sob a ótica das pesquisadoras.....	65
4.5 Morbimortalidade Materna e Aborto.....	67
4.6 Análise das matérias do Jornal A Tarde.....	72
4.6.1 Resultados Quantitativos.....	73
4.6.2 Resultados Qualitativos.....	80
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	89
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	91
ANEXO I - ENTREVISTA	94
ANEXO II- MATÉRIAS DO JORNAL A TARDE.....	106

INTRODUÇÃO

Esse trabalho tem como objetivo apontar os problemas da incomunicabilidade entre o programa MUSA - Programa de Estudos em Gênero e Saúde do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC -Ufba) e o jornalismo impresso baiano. Para tanto, será analisado a divulgação da pesquisa do MUSA sobre Morbimortalidade Materna e Aborto nas matérias do jornal A Tarde sobre o tema, no período de 01 de janeiro de 2007 à 26 de novembro de 2007. A necessidade de realizar esse trabalho parte do contexto de sérios entraves de divulgação pública das produções científicas da UFBA pelo jornalismo do estado, que infelizmente, insere-se como exemplo de desqualificação das coberturas jornalísticas em ciência e saúde no Brasil.

Realidade contraditória quando nos deparamos com o fato da UFBA ser a sétima maior instituição de pesquisa do país, a primeira na Bahia (COSTA, 2007, p.104), e com produções em diversas áreas do conhecimento cujos resultados trazem dados de grande importância social. Na área de saúde, a universidade disponibiliza o potencial Instituto de Saúde Coletiva do Estado- ISC. O ISC reúne sete programas integrados que têm como afinidade estudos interdisciplinares em pesquisa, ensino e extensão sobre temáticas de saúde pública. Atuando nos programas do Instituto encontram-se pesquisadores e profissionais da área médica, antropológica, jornalística, estatística, psicologia, sociologia, que trabalham em linhas de pesquisa como: análise de situações de saúde; avaliação de sistemas, programas e tecnologias de saúde; saúde e trabalho; gênero e saúde; família e saúde; violência urbana e saúde; macro e micro determinantes das doenças infecciosas/deficiências nutricionais; epidemiologia das doenças crônico-degenerativas; epidemiologia em saúde ambiental; e do trabalhador; políticas e planificação em saúde; processos sócio-culturais e saúde/doença-cuidado.

Entre os programas do ISC está o MUSA. Criado em 1990, o MUSA estuda nas suas linhas de pesquisa como as diversas condições sociais e culturais (mercado de trabalho, família, atendimento nos serviços públicos de saúde, educação, hierarquização) que regem as relações entre homens e mulheres afetam a saúde dos indivíduos. Como todo o Instituto, o programa é criado sobre a concepção de saúde como qualidade de vida, ou seja, um estado que é promovido não apenas por uma série de invenções tecnológicas e

medicamentos avançados, mas principalmente pela qualidade das condições sociais, culturais e econômicas das comunidades.

Com forte interligação com os movimentos sociais, principalmente das mulheres, os resultados de suas pesquisas têm concedido essenciais contribuições para programas de saúde pública, iniciativas de educação social, criação de comitês e organizações para tratar de problemas específicos que afetam as comunidades mais pobres e orientação de propostas para campanhas nacionais em saúde.

No entanto, assim como as demais unidades da UFBA, o MUSA enfrenta muitos entraves na divulgação jornalística local de suas produções com dados de imprescindíveis interesses para a saúde pública. Morbimortalidade Materna e Aborto é um dos exemplos dessas pesquisas realizadas pelo MUSA ao revelar uma série de situações sociais responsáveis pelos altos índices de mortalidade materna no Estado, que tem o aborto inadequado como sua principal causa na Bahia. Os resultados da pesquisa chamam atenção não apenas pelo o contexto político-social dos debates em torno da descriminalização do aborto. Mas também, porque no ano de 2000, o Brasil foi um dos 191 países que assinaram perante a ONU o Pacto Nacional de Redução a Mortalidade Materna e Neonatal, um conjunto de metas que devem ser alcançadas até 2015. Isso explica porque a pesquisa Morbimortalidade Materna e Aborto foi verificada pelo programa como a mais procurada pesquisa do MUSA pelo jornalismo local, mas que ainda assim, trata-se de uma busca esporádica e concentrada nas datas comemorativas- Dia Internacional da Mulher, Dia de Luta pela Descriminalização do Aborto e Dia de Combate a Mortalidade Materna .

Entre os objetivos específicos desse trabalho encontra-se apontar os principais fatores dessa incomunicabilidade entre o MUSA e o jornalismo local. A partir da entrevista com a pesquisadora permanente do programa, Greice Menezes, busca-se averiguar se há estratégias de comunicação pública no programa - caso existam, como elas funcionam - e qual a ótica da pesquisadora sobre a divulgação científica em saúde do jornalismo local e as dificuldades na relação entre este e o MUSA.

Nesse percurso, a situação do jornalismo baiano nas divulgações em saúde também será avaliada com a análise das matérias do jornal A Tarde sobre o tema Mortalidade

Materna e Aborto e a utilização do MUSA como fonte local. Jornal impresso de maior circulação na Bahia, o A Tarde é o único com experiência na criação prática de uma secção específica para jornalismo científico, O Observatório, que teve a mais de 50% de suas matérias relacionadas às temáticas sobre saúde, como revela Márcia Costa (2007, p. 67). O Observatório, no entanto, foi encerrado com menos de dois anos de publicação e a partir dos resultados do estudo realizado por Márcia Costa (2007), pretende-se nesse trabalho demonstrar como o jornalismo científico em saúde na Bahia, assim como na maioria dos estados brasileiro, tem pouca preferência de dedicação jornalística nas políticas editoriais dos suportes impressos.

Situação lamentável no cenário contemporâneo, em que o campo da saúde revela-se como um dos principais campos sociais que move polêmicas discussões internas e com a sociedade, ao confrontar as inovações científicas e tecnológicas com valores religiosos, tradições culturais, concepções éticas, movimentos sociais, interesses políticos e econômicos.

Sob esse contexto, a mídia, e principalmente a atividade jornalística, é o agente responsável pela ampla divulgação pública e debate crítico sobre os temas de saúde. Primeiramente, porque saúde é tema de grande interesse público, afinal trata do que a população entende como preservação direta da vida e, mais do que qualquer outro assunto, buscam-se fontes seguras de informação. O jornalismo garante essa posição ao ser creditado publicamente por sua ética profissional de comprometimento com a verdade e objetividade dos fatos.

O segundo ponto é o fato dos desenvolvimentos do campo da saúde interferirem nos interesses de outros campos, como o econômico (as indústrias farmacêuticas e tecnológicas, os planos de saúde, redes hospitalares, clínicas particulares, as empresas de publicidade) e político (a implementação dos novos recursos nos serviços públicos de saúde, a institucionalização dos novos usos e procedimentos na medicina, as campanhas institucionais de saúde). A terceira questão são justamente as polêmicas que surgem em torno das descobertas da ciência e tecnologia em saúde quando se confronta com tradições ou valores culturais, morais e éticos, o que sabemos ser esse o topo do valor-notícia do jornalismo, que por vezes constrói em cima disso o sensacionalismo inconseqüente e superficial para atingir seus interesses.

Essa confluência de fatores demonstra o forte caráter de noticiabilidade dos temas relacionados à saúde, o que impulsiona a conformação de uma recente área jornalística: o jornalismo científico em saúde. Entender as práticas do jornalismo científico em saúde e os atuais problemas quanto à qualidade dessa atividade no Brasil são também questões específicas que objetiva-se alcançar nesse trabalho. Nesse caso, é fundamental aqui, conhecer o percurso da relação entre comunicação e saúde, e entender o campo comunicacional como um agente construtor simbólico das concepções sobre saúde, doença e cura na sociedade.

Diariamente o público recebe uma grande quantidade de informações fragmentadas, noções distorcidas sobre tratamentos, diagnósticos e eficiência médica, como as esperanças de curas do câncer, que cada vez menos se entende sua origem e sua prevenção. O jornalismo nacional em saúde bombardeia notícias com dados pouco compreensíveis à maioria da população, por vezes, de instituições internacionais cujos estudos não condizem com a realidade brasileira. A sociedade, então, depara-se com modelos de estética e esporte como sinônimos de saúde, de tecnologia como eficiência de atendimento médico e de ciência como promoção da cura. Cabe pensar como o jornalismo tem construído os significados de saúde, cura e doença na mídia, quais as consequências dos reflexos dessas concepções na sociedade e em meio a tudo isso onde fica o papel jornalístico no debate sobre a realidade brasileira em saúde e no incentivo às instituições de pesquisa nacionais nessa área.

A trajetória desse trabalho, por tanto, se inicia no primeiro capítulo com a abordagem geral de comunicação e saúde, sua contextualização histórica e a relação atual na interface entre os dois campos. O segundo capítulo trata dos conceitos de jornalismo científico e a suas práticas na área da saúde, remetendo a sua responsabilidade social, as dificuldades da sua rotina produtiva, equívocos e desafios da atividade no Brasil. O terceiro capítulo é descrita a metodologia das entrevistas e análises de conteúdo realizadas no estudo e o quarto capítulo é dedicado ao MUSA e a divulgação de suas pesquisas no Jornal A Tarde. É realizado um breve histórico sobre o programa e as suas atuais pesquisas em andamento, seguido pelos depoimentos da pesquisadora Greice Menezes que relata os conflitos na relação entre pesquisadores do MUSA e o jornalismo local. Posteriormente, segue a avaliação das matérias sobre Morbimortalidade Materna e

Aborto veiculadas pelo A Tarde em 2007. Para tanto será esclarecido um breve histórico da divulgação científica no jornal A Tarde pela secção do Observatório, ressaltando quais eram as principais fontes e procedências, conteúdos e abordagens e visões de saúde e doença dos jornalistas da secção.

CAPÍTULO 1

COMUNICAÇÃO E SAÚDE

O progresso científico-tecnológico sem dúvida foi o grande motor para o desenvolvimento da relação entre os campos da comunicação e saúde. Se por um lado, a existência de um grande aparato tecnológico de informação e comunicação incitou a necessidade de rever o lugar do campo da comunicação e de suas contribuições nos diversos campos sociais, inclusive, o da saúde, por outro lado, a ciência e tecnologia geraram um forte impulso transformador no campo da saúde que moveram interesses nos diversos setores da sociedade, como o econômico e político, e que logo garantiram um interesse público indispensável para o campo da comunicação.

Embora este trabalho se interesse em estudar a relação entre comunicação e saúde sob a ótica do campo comunicacional, vale ressaltar brevemente quais os interesses do campo da saúde nessa relação já que suas iniciativas também impulsionaram as discussões éticas sobre o papel da mídia nas divulgações relativas aos temas em saúde.

Sob a ótica do campo da saúde, o potencial das redes (tele)comunicativas significou preocupação em diversas “arenas” de discussão e produção, desde as instituições acadêmicas, entidade sociais e organizações públicas e privadas, até o âmbito das instâncias governamentais brasileiras. Pitta e Magajewski definem as ações político-institucionais e as produções acadêmicas como as duas principais “arenas”:

Espaços de (re)discussão das políticas e práticas institucionais, bem como a emergência de novas articulações conceituais entre saúde, democracia e comunicação vêm se dando desde 1989 através de duas diferentes ‘arenas’. Uma primeira, representada pela crescente produção acadêmica em torno do tema (...) Uma segunda, político institucional, representada por encontros nacionais como Conferências de Saúde, Plenárias e Encontros de

Conselheiros de Saúde em que o tema vem sendo recorrentemente debatido. (PITTA e MAGAJEWSKI, 2000)¹

O ponto central de discussão dessas arenas era justamente como o campo da comunicação poderia contribuir para transformar as práticas ultrapassadas que regiam o funcionamento, organização e ações no campo da saúde e que não mais atendiam as necessidades deste e da população. Era o caso das relações de trocas informacionais que precisavam ser melhores promovidas entre as instituições de saúde e entre estas e a sociedade. Também se referia as práticas educativas em saúde, como campanhas, materiais informativos (folders, cartazes, vídeos), que não estavam funcionando e percebia-se uma “resistência” pública em seguir as mensagens desses produtos. Nesse caso a comunicação serviu, como sugeri Pitta e Magajewski (2000), de estratégia para possibilitar a “democratização das informações a partir da incorporação de tecnologias adequadas”, e de novos métodos de estudo para a recepção, a fim de alcançar os resultados almejados pelas campanhas institucionais.

Essas reflexões sobre as necessidades de mudanças do campo da saúde através da interação com o campo comunicacional são impulsionadas pela consciência política, incitada a partir da década de 80 sob o cenário da redemocratização do país, de que a saúde deve ser entendida tal como é descrita na constituição, como direito civil as condições de qualidade de vida, e que pode encontrar no campo da comunicação um espaço polifônico que não apenas leve em consideração dados estatísticos epidemiológicos, mas as condições sócio-culturais, as diversidades das crenças, a importância das concepções populares na construção das campanhas, programas educativos, divulgações jornalísticas, documentários, entrevistas e demais ações comunicativas.

O desenvolvimento dos estudos de recepção no campo da comunicação foi essencial nesse contexto não só para as necessidades do campo da saúde, como também para a mídia que tem grande interesse em aumentar a aceitação pública e logo a audiência nas suas diversas produções em saúde. Sob a ótica do campo da comunicação e no contexto brasileiro que a maioria dos suportes midiáticos estão sob o monopólio de grande grupos

¹ PITTA e MAGAJEWSKI, Políticas Nacionais de Comunicação em Tempos de Convergência Tecnológica: uma aproximação ao caso da saúde, 2000 (texto eletrônico).

empresariais, as descobertas científicas e tecnológicas em saúde - que inovam práticas médicas, técnicas de tratamentos, diagnósticos e promessas de cura - têm potencial para atender à diversos interesses econômicos das empresas comunicacionais.

Primeiro porque são temas de grande interesse da população por tratarem diretamente de questões referentes à preservação da vida, e segundo, porque essa audiência logicamente atrai às indústrias e empresas privadas em saúde a pagarem espaço de publicidade na mídia, marketing que pode ser construído de forma explícita pelos comerciais ou implicitamente no velho lobby dos textos midiáticos direcionados à divulgação em saúde. Esse último é o que mais compromete a ética da divulgação pública da ciência por construir de forma indireta informações e concepções em saúde comprometidas com interesses econômicos que podem passar despercebidos ao grande público.

Em suma, interferindo nas políticas educativas e ações democráticas para comunicação em saúde, há um verdadeiro jogo de interesses permeados, normalmente de forma não explícita, pelos anseios das indústrias farmacêuticas, das empresas de marketing, dos planos privados de assistência à saúde e até das empresas de comunicação. Sabe-se que a mídia é atualmente um potente agente de construção de significados e representações sociais e, nesse caso, as concepções midiáticas de cura, doença, saúde, tecnologia e prevenção são construídas a partir de várias vozes em negociação de poder, mas que aos olhos do público transparece um discurso único. Tratando das imagens de saúde construídas pela mídia, Kimberly Neuendorf (1990) comenta que uma das principais características do mass media é que os diversos atores/produtores das mensagens se tornam indiferenciados no resultado da recepção. Essa sem dúvida é uma das principais características dos meios de comunicação de massa, a capacidade de se apropriar dos diversos valores e construí-los numa mensagem aparentemente homogênea e que ressalte as representações de acordo com a situação demandada pela negociação de poder.

Com toda essa conjuntura na relação entre o campo da comunicação e o da saúde, ainda não se pode estabelecer um recorte conceitual ou determiná-lo como um ambiente já com definição teórica e prática/produzida.

Inicialmente, vamos considerar que não se pode falar conclusivamente em delimitar “comunicação e saúde e o seu respectivo recorte conceitual”, na medida em que o processo de articulação entre estes campos sofre “injunções” e ressonâncias das especificidades de outros campos e da natureza das políticas de saúde. (NETO, 1995, p. 268)

Para um entendimento da interface entre comunicação e saúde, sob a ótica do campo comunicacional, segue um breve contexto histórico marcado pelos diferentes usos da recepção nas produções midiáticas em saúde.

1.1 Breve Contexto Histórico

As maneiras de “ver” ou conceber os “meios de comunicação de massa” que guiam as discussões político- institucionais e acadêmicas, não somente alteram as estratégias e usos da mídia por outros campos, como as próprias práticas e métodos da mesma nas suas produções de significados e mensagens para o grande público. É o caso da relação entre a comunicação e saúde, cujo percurso histórico caminha junto com os próprios rumos dos paradigmas pertencentes ao campo da comunicação.

Foi o que Antônio Fausto Neto (1995) acabou por demonstrar ao estabelecer quinze modos de “ver” a comunicação pelo campo da saúde e que tem uma ligação direta com a história das teorias da comunicação. Assim, a partir dessa análise do autor, pode-se também avaliar o processo de transformação da ótica da comunicação nas maneiras de conceber as suas produções em saúde. Esses modos não são excludentes, porém alguns se destacaram mais em determinados período do que outros, marcando transformações na comunicação e saúde. Destacam-se como as principais:

a) O modo de ver técnico ou instrumental

Nessa primeira fase, a comunicação é apenas um objeto tecnológico que viabiliza acesso às informações, uma visão funcionalista dos meios de comunicação de massa tidos, portanto, apenas como instrumentos que permitem transmissão de mensagens linearmente dos produtores para a população. De acordo com Pitta (1995), esse modelo - sustentado pelo contexto dos regimes totalitários dos anos 20 e 30 - fundamentou as denominadas ações de “campanha” ou o “campanhismo” que já se iniciam em 1920,

quando o Departamento Nacional de Saúde Pública passa a utilizar as propagandas para a educação sanitária e da epidemiologia para investigação de dados. Para Rodrigues B. A (Pitta, 1995), essa situação já indica a “introdução da propaganda e educação sanitárias na técnica rotineira de ação, ao contrário do critério puramente fiscal e policial até então utilizado”. A divulgação em saúde, portanto, limitava-se às informações que o governo pretendia transmitir para a sociedade, e as suas representações midiáticas eram controladas pelas vontades políticas da época. Nas teorias da comunicação marcou o funcionalismo da mídia e sua pretensão “massiva” de imposição de idéias a uma recepção indiferenciada, de onde surge o uso da expressão “comunicação de massa”.

b) O modo de ver “processual” e de “interação”

Esse modo trata-se ainda de uma prática instrumentalizada da comunicação como um veículo de relação entre os serviços de saúde e a população, assim como, entre os diversos setores do sistema de saúde. No entanto, é o início de tentativas de interação da mídia com a população que mostrava-se “resistente” às mensagens midiáticas sobre saúde. As principais divulgações em saúde nesse período transmitiam informações sobre prevenção das doenças, marcada pela chamada atuação “campanhista” do início da década de 70. A produção das mensagens era fundamentada em análises epidemiológicas, metodologia racional de investigação a partir de dados estatísticos, que indiferenciavam nos números a complexidade dos contextos sócio-culturais da população. Como comenta Pitta (1995, p.242) buscava-se “uma construção de consensos entre indivíduos pertencentes a grupos sociais definidos pela epidemiologia, considerados ‘homogêneos’, a partir do grau de exposição a determinados fatores de risco ou agentes causais”. A autora alerta, no entanto, para o “risco de indiferenciação e artificialização” das mensagens ao desconsiderar a historicidades do processo e as diferenciações culturais das comunidades, como as religiões e tradições familiares, que também são fortes agentes do processo de significação de cura, doença, prevenção e saúde.

O campo da comunicação passa, então, a se ocupar da investigação dos contextos sócio-culturais das populações indicadas nos dados epidemiológicos. Trata-se de uma iniciativa de diálogo com as comunidades, questionando sobre suas crenças,

religiosidades, valores familiares, suas concepções sobre as doenças epidêmicas, suas formas de cura e prevenção. Essa introdução ao estudo da recepção ainda apresentava, no entanto, um viés dialógico horizontalizado.

c) O modo de “diálogo” horizontalizado

A introdução aos estudos de recepção nas divulgações em saúde da mídia inicia-se sob a justificativa de que era necessário conhecer o seu chamado público “relutante”, que não atendiam as expectativas das mensagens midiáticas, através de estudos sobre os contextos sociais dos receptores. Os resultados eram usados na tentativa de estabelecer uma espécie de “contratualismo” de códigos, ou seja, apenas uma busca de adequação de linguagem, como se isso assegurasse não haver quaisquer desvios de compreensão da mensagem.

Sabe-se que, neste caso, o trabalho de devolução de mensagens não é neutro: de um lado porque as “marcas” das injunções dos universos de oferta e de demanda de serviços se presentificam no interior da pedagogia comunicativa; de outro lado porque parte-se da presunção de que o ato de devolução substituiria algo, inerente ao processo da significação. O processo de constituição/esclarecimento do sentido somente pode ser realizado no interior do processo de interlocução, no qual estejam envolvidos os sujeitos sociais. (NETO, 1995, p. 280)

Foi apenas a partir da década de 70 que o campo da comunicação compreendeu que a ao invés de se referir à “público relutante”, quanto aos fracassos das ações comunicativas em saúde, deveria se considerar nas suas produções a noção de “público-alvo”. Se há uma diversidade de significações, crenças e vivências no público, então há diferentes formas de apropriação das mensagens.

Os estudos de recepção demonstraram que as apropriações das mensagens estão regidas por um leque de variáveis, de um saber “polifônico” proveniente da cultura, do contexto histórico, das experiências individuais, das noções médicas, das crenças populares, e por fim, das próprias informações midiáticas, como as campanhas, o jornalismo e publicidade em saúde. Pitta descreve a situação como uma permanente rede intrincada e complexa de intermediações, que torna o estudo das recepções fugidio:

A noção da situação pode ser tomada, a partir daí, como um construto complexo, dinâmico, permanentemente fugidio, para onde os campos biológico, ecológico e sócio-semiótico (...) concorrem para designar pontos ou nós, absolutamente singulares, de uma rede intrincada de indeterminações, por onde caminha a construção da realidade social, dos processos de adoecimento, dos significados destes processos, da concepção de problemas de saúde subjacentes a eles e das práticas sociais para revertê-los. (PITTA, 1995, p. 243)

d) Modo de construção simbólica da realidade

Esses novos paradigmas dos estudos da recepção revelam a concepção de saúde como um processo significativo que advém de diversos saberes (desde os conselhos médicos, as tradições culturais, as campanhas públicas, até as mensagens de variados produtos midiáticos) e a “comunicação” enquanto práticas sociais simbólicas e de ação transformadora, com a capacidade polifônica de reunir diversos discursos numa mesma mensagem. A consciência desse potencial leva as importantes preocupações quanto às representações midiáticas em saúde.

O contexto da década de 80 marcado pela redemocratização política do país, pelas incessantes novidades das descobertas científico-tecnológicas no campo da saúde, assim como, pelo advento das tecnologias de comunicação, favoreceu os debates em congressos nacionais que criticavam a falta da institucionalização democrática do uso das (tele)comunicações no desenvolvimento social, inclusive, na saúde pública. O campo das políticas em saúde centrava-se principalmente em torno da revalorização do sistema público de saúde como direito de uma cidadania que deve ser ampliado nas produções midiáticas.

Mas o que se constituiu a partir da década de oitenta foi uma incrível diversidade de produtos midiáticos direcionados mais efetivamente para um processo de mercantilização da saúde. A mídia, uma vez que adotou a noção de público-alvo, não somente usou muitas concepções populares nos seus produtos em saúde, como introduziu seu discurso através de depoimentos sobre experiências com a doença, tratamentos e alcance da cura. A orientação dessas representações, no entanto, na maioria dos produtos midiáticos, são construídas e ressaltadas para atender a significados que interessam ao mercado industrial da saúde. O próximo tópico refere-se

justamente a como atualmente a mídia organiza as amplas origens discursivas sobre saúde nos diversos suportes e produtos midiáticos e quais as concepções tem ressaltado em cada um deles.

1.2 Concepções midiáticas acerca da saúde: o campo discursivo da mídia e a disputa de sentidos.

Um dos temas centrais nos estudos das teorias de comunicação é a produção de mensagens e seus efeitos na recepção que parte da consciência do potencial ambiente de construção simbólica que a mídia exerce sobre as concepções e práticas sociais. Não se trata, porém, de adotar uma abordagem apocalíptica, a qual a mídia impõe mensagens que são “integralmente” adotadas pelo público, entendido como uma “massa” homogênea e alienada, submetida às ideologias dominantes. Ao contrário, a noção de “público-alvo” demonstra a possibilidade de “relutância” da recepção e que o seu contexto histórico e cultural, seus valores e concepções devem ser considerados como agentes nas estratégias de produção. No caso das concepções de saúde de fato encontram na mídia um grande agente discursivo simbólico, bastante representativo, inclusive, da atual complexidade social do significado da saúde:

Corpo, saúde e doença são objetos de construção social, ou de representações sociais coletivas partilhadas e comungadas por indivíduos, comunicadas através de diferentes meios e em níveis de discursos diversos. Deste ponto de vista não há uma doença, por exemplo, mas uma série de investimentos discursivos para explicá-la [...]. Tais discursos postos em circulação, se entrelaçam em momentos históricos particulares, de forma a conformar determinado conhecimento de saúde. (RODELLI, 1994, p. 38)

Entre os vários agentes discursivos nas concepções de saúde, Rodelli (1994) sugere cinco principais: a medicina, quanto pesquisa científica e racional, os profissionais da medicina, associados à parte mais prática da “comunidade da saúde”, as noções básicas dos pacientes sobre as informações e prescrições médicas (que sofrem interferência de conhecimentos do senso comum), as crenças de origens diversas (religiosidade, tradições culturais e familiares) que são reconhecidas pela população como “verossímeis” e “dignas de crédito”, e por fim, os meios de comunicação de massa.

Presentes nos meios de comunicação de massa, podemos acrescentar ainda mais dois importantes agentes de discurso sobre saúde: o do campo econômico (através do marketing e divulgações das indústrias farmacêuticas, de cosméticos, das tecnologias de ponta para área médica, dos planos privativos de saúde e clínicas especializadas) e o político-institucional, com as ações de campanhas e congressos nacionais.

Os meios de comunicação de massa são agentes que tem como característica peculiar à capacidade de reunir essas diferentes vozes discursivas em variados suportes e formatos midiáticos. Na televisão, rádio, Internet e impressos, a saúde é tema garantido para abordagem e está presente no jornalismo, nas campanhas institucionais, publicidades e programas de entretenimento. Os suportes e formatos, no entanto, não estão isolados, ao contrário, se interligam numa verdadeira rede de discursos: governo investe maciçamente nas campanhas de prevenção Contra o Câncer de Mama e utiliza a participação de pessoas famosas. Estas, por sua vez, também relatam nos programas de auditório, sites e impressos suas experiências de “dor”, “persistência”, “luta”, “cura” e “vitória” sobre a doença. Os programas ainda expõem depoimentos populares e suas histórias de luta contra o câncer, intercalado aos conselhos e opiniões de entrevistados da área médica especializada. O tema insere-se no processo de agenda-setting² e o jornalismo divulga as “novas formas de tratamento”, as “investigações científicas” sobre “novos agentes causadores do câncer”. As novelas e seriados criam o “drama” de personagens que descobrem ter câncer e são levados para clínicas médicas especializadas, onde desenvolvem inovações técnicas, como o transplante de células-tronco, e possibilitam a “cura” dos personagens, felizes e gratos aos médicos que se tornam verdadeiros “heróis” pela vida.

Por essa complexa variedade de formatos midiáticos que se relacionam na construção de concepções sobre saúde é que Rodelli (1994) chama atenção para a “compartimentação e sobreposição dos discursos, expressos nos vários tipos de publicações, especializadas ou não [...]”. Ela cita alguns dos muitos suportes e formatos midiáticos: as publicações científicas, os livros e revistas temáticas sobre saúde (produzidos por profissionais da área e direcionados ao público leigo), publicações de jornalistas que funcionam como investigadores e tradutores do temas

² Agenda-setting é uma denominação estabelecida pela teoria da produção midiática de “agendamento” dos temas, segundo o qual a mídia, “pela seleção, disposição e incidência de suas notícias, vem determinar os temas sobre os quais o público falará e discutirá” (Barros Filho, 2001, p. 169)

relativos á saúde e ciência, editorias especiais dos impressos, assim como, as pautas cotidianas relativas aos fatos episódicos ou notícias sobre saúde. Na televisão também tem os telejornais que trazem notícias consideradas como de grande impacto público e os documentários que aprofundam a narrativa de temas recorrentes na mídia (como AIDS, câncer, dietas alimentares, cirurgias plásticas etc). Quanto a área de entretenimento, os programas de auditório, normalmente a partir de uma notícia jornalística de impacto, repercutem o assunto através de entrevistas, tanto com profissionais da área médica quanto com relatos de pessoas que vivenciaram a situação. Além disso, há ainda os seriados e filmes que constroem uma visão ficcional sobre a rotina médica, hospitalar, os dramas dos pacientes e os desafios dos médicos:

Tais programas empregam os recursos da imagem gerada pela câmera televisiva que disseca corpos, cirurgias, trabalho e angústias da equipe médica, explicações sobre doenças, prognósticos, diagnósticos e comportamento dos familiares, fazendo dos relatos fontes de ação pedagógica e de histórias dramáticas e espetacularizadas. (RODELLI, 1994, p. 43)

A questão remete-se ao fato de quais significados em saúde têm sido enfatizados no campo midiático dos discursos e das disputas de sentido. Como foi dito anteriormente, se há um espaço midiático para se “ouvir” a expressão popular sobre temas relativos á saúde, por outro lado, é preciso não ser ingênuo quanto à seleção de alguns desses sentidos, que são reforçados para atenderem a interesses outros, como os das próprias empresas de comunicação, das produções de entretenimento, do sistema de marketing das indústrias e planos de serviços vinculados ao mercado da saúde. Pode-se citar algumas recorrentes construções simbólicas sobre noções relativas à saúde que, embora tenham raízes culturais e históricas, recebem um maciço reforço midiático para sua manutenção:

a) A racionalidade do Discurso Científico

As idéias iluministas do século XVII e XVIII, alicerçadas numa visão antropocêntrica do mundo que privilegia a ciência como o modo racional e superior de explicar os fenômenos da natureza, acabou por sustentar uma visão cultural de perfeição dos métodos rigorosos da pesquisa científica. No caso da saúde, por exemplo, as terapias alternativas, como a homeopatia e a denominada medicina ayurvédica, para ganharem

credibilidade nos meios de comunicação tiveram que conformar seu discurso a um respaldo cientificista. Kenneth Camargo, ao tratar do trajeto histórico que fundamentou as bases da medicina contemporânea, ressalta:

O fundamental aqui é registrar que este processo aproxima a medicina do campo das ciências, que vem se constituindo, desde a Renascença no Ocidente, como uma ruptura com a episteme teocêntrica da alta Idade Média e representa um passo fundamental para a estruturação deste mesmo campo, ao tomar o homem como objeto das disciplinas científicas; não um homem transcendente, medida de tudo aquilo que é, mas um homem objetivado, um homem-corpo, um homem sede de doenças. (CAMARGO, 1994, p. 14)

Um exemplo bem recorrente acontece nas propagandas de aspirinas com promessa de cura dos sintomas da gripe. A maioria delas ironiza as crenças populares de receitas caseiras (como o chá e xaropes naturais) e rituais de fé religiosa (rezas, orações, ritos), logo após, mostram como solução eficaz e racional da gripe a aspirina ou o comprimido referido na publicidade. O senso comum das metodologias científicas serem únicas fontes confiáveis acabou por gerar o hábito de acolher as “novidades” da ciência sem a prática de questioná-las.

[...] no ocidente, dizer-se que algo é científico equivale a dizê-lo como verdadeiro, fundamentado, merecedor de crédito. Um papel fundamental nesse processo de ordenação do mundo é desempenhado pelos meios de comunicação de massa. Apresentando invariavelmente uma visão mágica da ciência, onde a argumentação é substituída pelo apelo à autoridade dos cientistas [...]. (CAMARGO, 1994, p. 18)

A mídia costuma supervalorizar o discurso científico em saúde, noticiando as “novas descobertas” internacionais sem contextualizá-las as realidades locais, regionais e nacionais, pois se limitam apenas às informações das instituições estrangeiras fomentadoras de pesquisas. Além disso, a saúde passa a ser tema restrito a ciência da medicina. Isso implica numa posição de pedestal para as pesquisas médico-científicas, como se elas fossem imunes a erros, enquanto a realidade demonstra que em prol de interesse econômicos e políticos muitos de seus testes arriscam a vida de seres humanos, por vezes, usados como cobais. Wilson Bueno (2001) narra o caso da empresa farmacêutica Immune Response Corporation, da Califórnia, que produzia a vacina Remune contra o vírus da AIDS e causou a morte de várias pessoas, como revela o trecho da matéria divulgada no New York Times: “pacientes que tomaram a

vacina morreram ou desenvolveram infecções relacionadas à AIDS na mesma proporção dos que tomaram placebo”. O caso também foi divulgado na Folha de São Paulo: “disputas como essa, entre interesses econômicos e científicos, se tornaram mais comuns nos últimos anos, conforme as companhias farmacêuticas começaram a contratar pesquisadores independentes para testar novas drogas”.

b) A representação da “divindade” nos profissionais da Medicina

O imaginário social que, posiciona os profissionais da medicina como os “heróis” da vida, já é reforçado em novelas e seriados que dramatizam a rotina do médico e seus desafios profissionais. É comum produtos midiáticos de ficção mostrarem o aspecto emotivo dos médicos, o envolvimento afetivo com os seus pacientes (reforçando a idéia de humanização no atendimento) e os posicionar ao mesmo tempo como “deuses” nos inúmeros diálogos com linguagens específicas sobre diagnósticos e tratamentos. A ficção apropria-se da representação social dada ao “ritual” das cirurgias com o resultado de “cura” e “salvação” do paciente. A mídia também não se distancia dessa construção quando mais uma vez limita os temas sobre saúde aos discursos dos profissionais da área prática e acadêmica de medicina. Embora curandeiros e parteiras sejam também personagens reais e fortemente presentes na cultura brasileira, não são fontes válidas de expressão midiática. Os programas de auditório posicionam somente o médico como centro do discurso, respondendo as dúvidas do público e desfazendo os chamados “mitos” das crenças populares sobre cura, prevenção e diagnósticos.

Esse processo dos assuntos relativos à saúde serem do campo de explicação e solução científico-médica é o que se denomina de “medicalização”, construção altamente reforçada pelos meios de comunicação de massa. Kenneth Camargo (1994, p.15) critica justamente a idéia restrita de que esse processo é tão somente uma ação corporativista dos médicos, o que a autora revela ser uma abordagem “maniqueísta entre o ‘bem’ e o ‘mal’, este último encarnado pela corporação médica”. Camargo expõe a existência de uma “complexa rede de intermediações sociais” que constituem o campo médico, como por exemplo, o complexo industrial da medicina cuja “medicalização” aparece como importante alternativa de chance econômica.

A “medicalização” resulta numa espécie de “ficcionalização” do médico, da medicina e da ciência, instaurando um poder “divino” aos discursos dessas “autoridades” instituídas na sociedade contemporânea. Isso oculta várias discussões que poderiam ser aprofundadas na mídia quanto aos problemas existentes na própria formação médica, que não são fontes isentas de influências dos representantes das indústrias farmacêuticas e também dos meios de comunicação de massa.

De um modo geral, com as exceções de praxe, a formação médica aponta para um reprodutor de técnicas e não um produtor de conhecimentos. Isto é particularmente visível no que diz respeito à terapêutica; gerações de acadêmicos de medicina tiveram seu repertório terapêutico moldados pelas legiões de “representantes” da indústria farmacêutica, com suas malas pretas e seus discursos padronizados. (CAMARGO, 1994, p. 18)

c) Progresso e Tecnologia

O advento da tecnologia surge sob a promessa de desenvolvimento e modernização para a sociedade contemporânea. A realidade da profunda desigualdade social que continua a caracterizar os países subdesenvolvidos demonstrou, no entanto, que a “tecnologia” e “modernização” têm gerado capital e acumulado riquezas para uma minoria constituída pelos grupos econômicos de poder. Estes, através das empresas de comunicação, buscam incorporar nas relações sociais a sua conveniente relação simbólica entre inovações tecnológicas e progresso econômico-social para a população.

Os investimentos tecnológicos estruturam atualmente as práticas e relações dos diversos campos sociais existentes, entre eles, o campo da saúde que a cada dia surpreende a sociedade com inovações técnicas para tratamentos, curas, diagnósticos e prevenção de doenças. As tecnologias para o ramo da saúde têm garantido expressão como mais um critério de credibilidade e qualificação do serviço médico para a população. A técnica fundamentada pela ciência foi instaurada na mídia para gerar uma imagem de modernidade como sinônimo de bem-estar que, por inferência, logo se associa a promoção de saúde. Nanotecnologia, engenharia genética, células-tronco, inseminação artificial, progressos nos coquetéis contra a AIDS, novas quimioterapias contra o câncer, são entre outras tantas notícias que espetacularizam as tecnologias numa enxurrada de informações fragmentadas para o público. Esses, por sua vez, confiam em técnicas que apenas adquiriram “noções” superficiais de seu

funcionamento e conseqüências. Não raramente a mídia relata um caso de falha técnica (principalmente nas cirurgias plásticas) que ganham exposição pública devido o critério de dramaticidade e escândalo, efeito bastante valorizado na produção midiática.

Como nos outros pontos anteriormente discutidos, a tecnologia também é um aparato “mitificado” pela mídia. O autor Valdir Oliveira explica a construção do mito ou mitificação como um deslocamento semântico do conteúdo de uma mensagem, dimensionado a partir de operações de linguagens em qualquer forma de comunicação:

[...] ele se caracteriza como uma estrutura de comunicação que universaliza o particular e abole a complexidade das coisas, com finalidade de dar uma visibilidade natural ao seu significado. [...] Se há mitificação na tecnologia de saúde por parte dos mídias, é porque existem questões em torno desta tecnologia que não podem ser ditas ou que devem ser silenciadas, tanto pela censura quanto pelo barulho de um discurso interessado. (OLIVEIRA, 1994, p. 26)

Essa citação revela o interesse de agentes econômicos no processo de “mitificação” das tecnologias de saúde: tanto do complexo industrial da saúde e tecnologia e dos lucros de marketing das empresas de comunicação, como das próprias instituições e profissionais médicos que buscam respaldo tecnológico para autopromoção da imagem profissional.

Com isso o público adquire, na maioria das vezes, informações midiáticas conformadas aos significados que esses agentes têm interesse de reforçar. Dois importantes significados fundamentados na promessa de “modernidade” e “progresso”, constroem a saúde como sinônimo de “beleza estética” e “prática esportiva”, assim como, privilegiam o sistema privado de saúde como “acesso seguro” de atendimento e o sistema público de saúde como “serviço de saúde abandonado”.

d) Saúde, Estética e Esporte

A relação entre saúde e estética propagada pela mídia, aos poucos, foi se tornando tão estreita que os seus significados praticamente são tomados como sinônimos na sociedade contemporânea ocidental. Valdir Oliveira (1994, p. 33) fala de como as mitificações da tecnologia e modernidade acabam por criar uma gramática social a qual

o corpo é um dos seus principais “espaços de escritura”. Eficiência, sucesso, segurança, vitória, juventude são imagens associadas pela mídia ao modo de ver tecnológico e moderno e que estão sendo atribuídas à noção de um corpo saudável. Para o autor isso é demonstrado na opressão de um padrão de medida que impõe “excessos” e “déficits” no corpo moldado por um estereotipo. O bem-estar é diretamente vinculado a esse modelo corporal e aqueles que não estão inseridos nele são representados como indivíduos “não saudáveis”. As propagandas de alimentos quando querem trazer uma imagem associada à saúde usam pessoas famosas que geralmente estão nas capas de revistas como referências de boa forma. Raramente encontram-se pessoas consideradas “gordinhas” nesse tipo de publicidade, como se pessoas magras não pudessem ter colesterol e diabete.

A centralidade do corpo articula-se, nas imagens difundidas pela indústria cultural, ao seu monitoramento técnico, reconhecível não apenas na área especializada da saúde mas, também, nas práticas de embelezamento e no mundo espetacular dos esportes. Técnica, modernidade, eficácia, desempenho passaram a ser noções de fácil associação imagética. A ligação da saúde com a técnica surge ao nível de tratamentos que garantiriam a sobrevida, e, também, em procedimentos considerados preservadores da juventude e bem-estar. (RIBEIRO e SOUZA, 1994, p. 58)

O esporte também entra na cena midiática com a direta associação de eficiência e promoção de saúde. Ainda que exercícios físicos realizados de forma adequada auxiliem ao bem estar do indivíduo, de certo que não soluciona muitos outros problemas atrelados a qualidade de vida, como: convívio familiar, a rotina de trabalho, o contexto do bairro e moradia, os hábitos alimentares, enfim, uma série de elementos que constituem a saúde e não são proporcionados apenas pela prática esportiva.

Essa situação demonstra uma superficialização da concepção de saúde quando sua promoção passa a ser produto de venda, moeda de troca comercial. As condições sociais do indivíduo, que remetem as bases reais da promoção à saúde, não têm tido espaço de debate midiático e pouco se questiona sobre o quanto essa “modernidade” e tecnologia estão a serviço da saúde coletiva. Quando a saúde torna-se moeda de troca isso implica que no país com profunda desigualdade social, apenas uma minoria terá acesso aos produtos da saúde “eficiente” e “segura”.

e) Saúde e Serviços Público e Privado

A saúde como moeda de troca rende lucros para os planos privados de serviços de saúde. A forma como se desenvolveu esse sistema gerou grandes problemas tanto nas relações internas do próprio campo da saúde como para a sociedade em geral. Isso porque a imagem publicitária dos serviços privados de saúde aconteceu sob um processo de desmoralização do atendimento de saúde pública. A começar que na área de trabalho da saúde, os profissionais dos serviços públicos foram posicionados como aqueles que não conseguiram ascensão profissional, sob argumento da situação de renda inferior em relação àqueles que trabalham nos serviços privados. Enquanto ambos, na verdade, estão inseridos no mesmo sistema de mais-valia dentro do contexto de assalariamento e proletarização da categoria médica:

[...] freqüentemente a prática médica se dará num contexto de assalariamento, quer de modo explícito (e aí em especial no setor público), quer disfarçadamente, através da remuneração por meio de convênios. Nos dois casos isso tem representado com freqüência uma maximização da mais-valia do trabalho médico, com um processo de proletarização de frações significativas da categoria [...] a perspectiva de intervenção da venda da força de trabalho médico aponta para uma primeira limitação bastante palpável do poder médico: as políticas de remuneração, quer do setor público (direta ou indiretamente, via salários ou repasses), quer do setor privado, determinam os rumos do desenvolvimento da assistência médica. (CAMARGO, 1994, p. 17)

Outra questão é que enquanto as imagens publicitárias referem-se ao serviço privado de saúde como o “atendimento seguro para a família”, a “eficiência de um atendimento de qualidade”, os noticiários quase que correlatamente narram o “descaso do atendimento de saúde pública”, a “falta de leitos suficientes nos hospitais públicos” e as “filas de pessoas em espera de atendimento”. Se existem, são raras as matérias na mídia que abordem a grande importância em desenvolver os serviços de saúde pública pelo seu caráter democrático de atendimento, incentivando a noção de saúde como direito de cidadania ao invés de moeda de troca que apenas uma minoria tem acesso:

[...] o novo sistema privado de saúde busca a hegemonia, através de sua articulação estratégica aos processos e temas centrais da frente moderna de inovações econômicas, administrativas e conceituais. O percurso de afirmação desse sistema, ao acionar incisivamente os recursos da mídia, institui um novo imaginário em torno da questão da saúde [...] A saúde como “produto” de empresas privadas de marketing-provavelmente

reconstrói, de forma simultânea, a percepção social da doença e da carência.(RIBEIRO e SOUZA, 1994, p. 60)

É evidente que os objetivos e interesses entre gestão pública e privada são bastante díspares, pois enquanto o primeiro luta por benefícios para toda a sociedade, o segundo, típico do sistema capitalista, centraliza suas iniciativas a benefício de uma empresa, ou seja, de crescimento capital individualizado. Os autores Ana Clara Ribeiro e Henrique de Souza formularam um quadro que apresenta as diferenças relevantes entre a gestão pública e privada da saúde:

Sistema Público (em disputa por concepções político-administrativas)	Sistema Privado (em disputa por diversos formatos de articulação empresarial)
Equipamento fixo e quadro estável de funcionários.	Rede de serviços: articulação entre equipamentos próprios e de associados (flexibilidades)
Busca da dedicação exclusiva do quadro técnico	Multiplicidade de vínculos empregatícios (terceirização)
Busca de garantia do atendimento básico	Crescimento da especialização e da incorporação de inovações técnicas
Ênfase nos direitos sociais	Ênfase na expansão do mercado
Discurso político	Marketing
Acesso coletivo aos serviços	Acesso individualizado ou com mediação de empresas e/ou processos de organização coletiva
Participação social/coletivos ativos	Consumo/coletivos inativos

O marketing fortemente presente na mídia trabalha para estimular anseios por produtos e serviços que prometem a fórmula da felicidade, do sucesso, juventude e da vida sem males, sem doenças, através do caminho da modernidade, ciência e tecnologia. De certo que todo esse sistema se alimenta de necessidades e imaginários sociais sobre o “mundo moderno”, e no caso do campo da saúde, alguns aspectos culturais das concepções de cura e doença serão reforçados em prol do interesse econômico.

f) Saúde, Cura e Doença

Laplantine³ ao tratar dos conceitos sobre doença utiliza-se da língua inglesa para estabelecer três definições: "disease (a doença tal como ela é apreendida pelo conhecimento médico), illness (a doença como é experimentada pelo doente) e sickness, (um estado muito menos grave e mais incerto que o precedente [...] de maneira mais geral, o mal-estar)". Quanto à "illness", o autor ainda propõe duas formas construção: doença-sujeito e doença-sociedade. A primeira refere-se à doença experimentada subjetivamente pelo doente, e a segunda como uma interação entre essa experiência subjetiva e as representações sócio-culturais no significado de "doença". Isso remete a um significado de "doença" que vai para além do sentido de "coisa" diagnosticável cientificamente, mostrando-se como algo que é vivido a partir dos valores culturais, crenças e experiências de um indivíduo. Como Paulo César Alves e Miriam Rabelo relatam ao tratar das representações da "enfermidade" como uma "realidade socialmente construída":

Para a antropologia, a enfermidade não é apenas uma entidade biológica, que deva ser meramente tratada como coisa, assim como são os objetos exteriores à nossa consciência. A enfermidade também se constitui em uma experiência de carácter sociocultural que reflete um complexo interativo entre indivíduos, grupos e instituições. (ALVES e RABELO, 1994, p. 218)

A mídia sem dúvida é uma forte instituição que faz parte desse complexo interativo das representações da doença, cura e saúde. A abordagem midiática, no entanto, está longe de uma visão antropológica. As suas mensagens enfatizam o que Laplantine (Costa, 2007) chama de concepção exógena do "estado de saúde". Primeiro, a saúde é basicamente revelada sob uma leitura ocidental, como um estado corporal de ausência de doença. A doença por sua vez é limitada como uma entidade biológica, diagnosticável cientificamente. Logo a cura, dentro de todo o processo de mitificação da ciência médica e das tecnologias, será alcançada por meio dos aparatos médicos da modernidade:

Sabemos que não existe a saúde absoluta, mas esta é uma pretensão da cultura ocidental, que favorece e torna a concepção exógena da doença mais aceita. Essa visão predominante reforça a relação da doença com o meio

³ Citado por GOMES, Romeu; MENDONÇA, Eduardo; PONTES, Maria Luiza. As Representações sociais e a experiência da doença, 2002.

social e direciona a mídia para a divulgação de aspectos preventivos, mostrando a doença em suas causas, sintomas, conseqüências e formas de tratamento [...] (COSTA, 2007, p. 73)

A concepção endógena revela maior amplitude e complexidade ao conceito de saúde. Muito mais do que a ausência de uma disfunção biológica no corpo humano, ter saúde é a interação de diversos fatores que possibilitam um estado de bem-estar ao indivíduo, fatores que consideram a situação de vida desde experiências subjetivas com a família, escola e trabalho até as condições de moradia, de acesso à educação, ao lazer, meios de transportes e o próprio acompanhamento médico de assistência à saúde. Nesse ponto, entender as condições de saúde de uma comunidade, por exemplo, é ir além de dados estatísticos e epidemiológicos, e permitir uma interdisciplinaridade nos estudos referentes à saúde. Áreas como a psicologia, antropologia, pedagogia, em geral, ciências sociais e humanas devem participar das pesquisas comunitárias sobre “saúde” extrapolando os limites do domínio da medicina, pois a promoção de uma vida saudável encontra-se principalmente nas situações sócio-culturais do indivíduo:

[...] boa parte dos equívocos da medicina ocidental prende-se precisamente ao fato de se ter deixado dominar pela miragem da técnica onipotente, ponto de lado tudo aquilo que, por ser subjetivo, mutável, complexo, infinitamente variável não é científico-precisamente os atributos que talvez melhor caracterizem nossa humanidade. (DE CAMARGO, 1994, p.17)

Nesse aspecto a cura, trazida pela mídia como uma possibilidade através das tecnologias e ciência, é também possível pelas crenças populares na maioria das vezes subestimadas em favor da “medicalização”. Se por exemplo, uma mulher sente fortes dores de cabeça ocasionada por um estado depressivo proveniente de problemas familiares e encontra na religião conforto emocional que lhe proporcionam bem estar, como negar a sua possível recuperação devido suas crenças, ao invés do uso contínuo de paracetamol? Se, como define Alves e Rabelo (1994) “a enfermidade é, antes de mais nada, uma sensação de mal-estar, uma expressão direta do sofrimento”, por que as crenças religiosas e populares não possibilitaria a cura quando estas conferem boas sensações que aliviam angústias e sofrimentos dos seus crentes?

Como fenômeno sensorial, a enfermidade nos remete, em um primeiro momento, a nossa corporalidade. Isso não significa dizer que essa sensação seja necessariamente produto de alterações ou disfunções

orgânicas/psíquicas e que todo processo ou estado patológico desperte uma experiência de sentir-se mal. (ALVES e RABELO, 1994, p. 218)

1.3 A intrincada rede midiática em saúde

Kimberly Neuendorf (1990) descreve na construção de um diagrama a rede intrincada de trocas recíprocas entre atores sociais nas informações sobre saúde: informações de indivíduos para indivíduos, entre estes e profissionais de saúde que, por sua vez, também são receptores e produtores de conhecimento na relação com as instituições de saúde. Todos interagem com a mídia (representada pelos programas de entretenimento e jornalísticos) que, por fim, retorna para a sociedade (público leigo e agentes do campo de saúde) as representações sob as diversas influências, incluindo, do campo econômico e político. Esse diagrama demonstra que os profissionais da área de saúde e as instituições também são receptores das mensagens midiáticas, apropriando-se também de suas representações.

Entre os produtores midiáticos de mensagens e representações sobre saúde encontra-se o jornalismo. A divulgação jornalística em saúde é sem dúvida a mais acessível e de maior credibilidade da população na busca de informações e esclarecimentos sobre os temas dessa área. O grande interesse público pelos temas relacionados à saúde gerou a necessidade de maior qualificação dos jornalistas em se especializar numa nova e recente área: o jornalismo científico em saúde.

CAPÍTULO 2

O JORNALISMO CIENTÍFICO: PRÁTICAS DO JORNALISMO EM SAÚDE

Ao falar em jornalismo e saúde suscita primeiramente a necessidade de uma prática aqui denominada de *divulgação científica*. Isso porque se por um lado a ciência não deva ser posicionada como a única fonte de discurso midiático sobre saúde, por outro é impossível ignorá-la como principal agente transformador no campo da saúde e logo, como uma voz imprescindível de ser ouvida. Mas cabe entender que a relação da comunicação científica na sociedade nem sempre foi à mesma. Durante longo tempo as pesquisas científicas eram um trabalho isolado e solitário do cientista. Foi o advento da

máquina de impressão de Gutenberg, por volta do século XV, que impulsionou o início das trocas de trabalhos entre os próprios cientistas e a nobreza, facilitando a circulação informacional das produções, mesmo sendo apenas restrita à elite.

Dois momentos se destacam no repensar da produção científica e a importância de sua divulgação: a revolução científica (séc XVI –XVII) e o iluminismo (séc XVIII). Esses dois períodos são marcados pelo racionalismo crítico que começa a surgir no século XVII e se emancipa no século XVIII. Foi quando cientistas, como Galileu Galilei, começaram a publicar obras, em linguagem acessível, sobre o processo de produção de suas pesquisas. A autora Fabíola de Oliveira descreve esse momento como marca do pioneirismo do jornalismo científico na Inglaterra: “a partir de meados do século XVII, começa intensa circulação de cartas expedidas por cientistas sobre suas idéias e novas descobertas.” (DE OLIVEIRA, 2002, p.18).

Esses fatos históricos marcam o princípio de duas formas diferenciadas de transmissão informacional da ciência: a disseminação científica e a divulgação científica. A diferença encontra-se justamente no público-alvo. O primeiro é gerado pela comunicação entre os cientistas, especialistas, ou seja, estudiosos da própria comunidade científica, onde se utilizam a linguagem acadêmica e as referências específicas da área de conhecimento. Nomes e processos científicos são relatados na “gramática” típica dos cientistas. O segundo tipo é a prática de comunicação para o público leigo ou grande público. Aqui não cabe falar em bacilo de Koch, e sim em tuberculose, para então explicar o que gera a doença, qual o nome do “ser vivo” responsável por ela.

Nesse caso as diversas formas de texto, ou seja, escritos e imagens, devem ter linguagem construída de forma acessível para os diferentes níveis de público. Citando Wilson Bueno (2007), “em função do perfil, do background cultural e lingüístico, do universo de conhecimentos dos públicos a quem se destinam as informações de ciência e tecnologia, há que se moldar um discurso, uma linguagem, um conteúdo com características bem determinadas”⁴.

Há várias formas de divulgação científica como seminários, palestras, campanhas, debates e os fascículos vendidos em bancas de revistas direcionados à população. O

⁴ BUENO, Wilson. As etapas fundamentais do jornalismo científico, 2007 (texto eletrônico)

trabalho jornalístico também é um dos agentes para o exercício dessa prática e que permite um grande alcance público. O jornalismo científico, portanto, é uma das ações de divulgação científica.

Sob a potência que a ciência e tecnologia têm de agir nas estruturas da sociedade, a especialização do jornalismo para a divulgação científica é essencial na preservação da qualidade das informações. No curso à distância de jornalismo científico ministrado pelo professor doutor da USP Wilson Bueno abordou-se o porquê da especificação do jornalismo “científico” ao invés de simplesmente jornalismo: “Não seria tudo jornalismo?”- questionou Bueno. A situação implicaria em não haver quaisquer especialidades para a área de jornalismo, como o jornalismo empresarial, cultural e político. Logo após Wilson Bueno responde com o seguinte exemplo:

Um jornalista ambiental terá escrúpulos em não chamar uma plantação de eucaliptos de floresta, embora o jornalista econômico não pense duas vezes antes de afirmar isso: viva a floresta de eucaliptos, altamente rentável. Floresta é um ecossistema integrado, que prima pela diversidade. Reúne várias espécies de vegetais, animais, e se constitui no ícone mais destacado da luta pela preservação da biodiversidade. (...) E a plantação de eucalipto? É uniforme, uma verdadeira afronta à biodiversidade e só realmente tem importância, quando derrubada. O empresário (e infelizmente, também, muitos jornalistas), quando olha para o eucalipto se fixa no tronco, na sua biomassa. O resto para ele não tem valor algum. Não é assim que o jornalista ambiental vê a floresta. A plantação de eucalipto tem um impacto ambiental nada (longe disso!) desprezível. A indústria da madeira ou do papel gosta da árvore morta. A plantação de eucalipto incorpora tecnologia avançada, dá altos lucros, mas não é floresta.⁵

Em outras palavras, como em qualquer especialização, o jornalismo científico obviamente se constrói dentro de práticas e teorias fundamentais da área jornalística. Mas exige também conhecimentos específicos necessários na relação com o campo da ciência. Trata-se de um conjunto de habilidades em saber lidar com as fontes e temas da comunidade científica. Essas práticas funcionam na construção do texto ético perante os entrevistados e com a eficiência de informar através da linguagem adequada para o grande público.

Se o profissional não tem a qualificação necessária, será difícil para ele pensar em questões-problemas na relação jornalista, cientista e público, agindo a partir de

⁵ BUENO, Wilson. Os atributos do jornalismo científico, 2007.(texto eletrônico)

pressupostos equivocados. Seguem sete situações principais que descrevem a importância de conhecimento das rotinas próprias a área de jornalismo científico.

a) Atualidade e Novidade

Uma das problemáticas que se estabelece na relação jornalista e cientista (que é a principal fonte), diz respeito aos conceitos de “atualidade” e “novidade” da notícia. No jornalismo científico acontece frequentemente de uma declaração do pesquisador ser para o jornalista uma “novidade”, e a forma como ele irá escrever o texto vai expressar essa idéia. No entanto, para a comunidade científica não há nada de novo no pronunciamento da fonte, por ser algo já bastante discutido entre os pesquisadores. É atual, mas não é novidade. Isso gera no entrevistado a insatisfação com o resultado da matéria, afinal seus colegas de trabalho entenderão que ele está querendo se promover como “autor” de algo que já é bastante discutido, que faz parte de anos de processo de estudo e ele relata como “novidade”. A fonte sentirá sua reputação prejudicada pelo jornalista.

O atual na cobertura de ciência e tecnologia, na verdade, é um pouco menos rígido do que em outras áreas. Afinal de contas, o processo de produção científica é mais lento, mais demorado e quase sempre o que se revela hoje na mídia já foi provado há algum tempo. Diferentemente da cobertura política ou econômica, a cobertura de ciência tem que levar isso em conta. Mesmo porque as previsões nessas outras áreas, sem grande problema, podem ser reformuladas com frequência e se confundem com opiniões. Já para o cientista (ou qualquer fonte especializada) a qualidade da informação é fundamental. Não fica bem para o cientista ou pesquisador comparecer na mídia (com a ênfase que a mídia lhe dá nos títulos, nos leads ou nas chamadas de rádio e TV) proclamando coisas que não são novidades para a comunidade científica. No mínimo, pensa ele, vão achar que eu estou "por fora" ou que estou à cata de promoção pessoal, já que não tinha algo relevante para declarar. (BUENO, 2007)⁶

Por isso cabe ao jornalista científico cuidados maiores durante a apuração em saber diferenciar “novidade” de “atualidade”, averiguando quais foram os estudos anteriores que já contribuíram com o processo de pesquisa. Infelizmente esse cuidado investigativo é por vezes comprometido devido a rotina corrida do dead-line e a busca por um “furo” jornalístico.

b) Negociação com o campo científico

⁶ BUENO, Wilson. Os atributos do jornalismo científico, 2007 (texto eletrônico)

O tempo da mídia é diferente do tempo da pesquisa acadêmica: uma se situa no campo empresarial, de uma rotina capitalista, onde informação vende e é mercadoria, e os acontecimentos não param, logo tem que se atender as demandas diárias de pautas e o jornalista vive sobre a pressão do deadline. A outra tem que seguir todo um cuidado lento de averiguação dos processos, métodos e resultados da pesquisa porque tem que passar pelo crivo das autoridades da comunidade científica. O pesquisador normalmente não trabalha sozinho e precisa lidar com os pares do campo científico, com a própria instituição que lhe oferece a possibilidade de trabalho, dependendo das relações de poder como o prestígio e status. O cientista tem relações próprias com o objeto de estudo, linguagens e linhas de raciocínio peculiares ao expressar suas idéias sobre o processo de pesquisa e os seus resultados.

Por todo esse contexto ele procura o máximo de precisão nas informações que serão expostas na matéria, o que nem sempre é possível dentro das práticas de rotina jornalística. O repórter corre contra o tempo e não é raro para ele a vontade de ter realizado com mais aprofundamento a matéria, prejudicada devido o deadline. As pressões são diferenciadas entre jornalistas e cientistas, assim como as pessoas aos quais eles prestam conta no campo. Inquietações surgem então quando o pesquisador percebe um enunciado textual com tom sensacionalista (típico das exigências editoriais de noticiabilidade do jornalismo), ou sem o cuidado merecido com a apuração dos fatos. Mais uma vez entra em conflito com a reputação do entrevistado perante a comunidade científica.

Não há como se imaginar (pelo menos esta tem sido a prática) uma reportagem sobre temas de ciência e de tecnologia em que a fonte especializada não esteja presente. E, em função disso, prevalece, de imediato, um desequilíbrio entre entrevistador (o jornalista) e o entrevistado (o cientista, por exemplo), na medida em que eles possuem "backgrounds" distintos. Mais ainda: eles têm compromissos distintos com o processo de circulação de informações. (BUENO, 2007)⁷

No processo de negociação, os jornalistas também enfrentam o retrocesso de alguns cientistas arrogantes que não cumprem seu dever de democratização do conhecimento, e negam-se a contribuir com o entrevistador no esclarecimento da produção científica e ao acesso de dados e informações acessíveis para a compreensão do jornalista e do público leigo.

⁷ BUENO, Wilson. O Jornalismo Científico e o compromisso com as fontes, 2007. (texto eletrônico)

c) A abordagem crítica na apuração dos fatos

O fato das fontes principais serem cientistas isso não significa que o jornalista deva transcrever o discurso científico na matéria apenas sob o cuidado de tornar a linguagem compreensível para o público leigo. Ao contrário do que o senso comum prega, não há uma “verdade” absoluta nos enunciados da ciência. Um pesquisador segue determinadas linhas teóricas e um tema pode ser construído sobre orientações diferenciadas que logicamente também levarão a resultados diferentes. O jornalista precisa investigar os diversos posicionamentos sobre o tema, inclusive a opinião da própria população. Os resultados dos estudos científicos afetam a vida do homem nas diversas atividades sociais (econômicas, políticas, culturais, religiosas) e por tanto nada mais justo do que ouvir o que a sociedade tem a dizer sobre essas alterações nas suas condições de vida.

Outro ponto a se considerar são os já citados vínculos que atualmente os estudos científicos têm com setores da economia. Os interesses orientados por essas relações certamente não são comprometidos com a preocupação pelo conhecimento da população. Pede-se uma postura crítica do jornalista, que deve ir para além do estrito âmbito da comunidade científica e fomentar o debate público sobre as produções.

O discurso científico precisa ser traduzido, evidentemente, para o público leigo, mas, para o jornalista crítico, militante, esta tradução tem algumas singularidades. O esforço para entender os conceitos científicos, a lógica da investigação científica, deve extrapolar a mera reprodução. (...) A atitude crítica é fundamental para o jornalista. Suspeitar sempre porque fonte tem compromisso. Investigar sempre porque há uma tendência crescente de apropriar-se da ciência para fins pouco saudáveis. As pseudociências grassam no mundo moderno e, infelizmente, têm merecido generosa acolhida da mídia. (BUENO, 2007)⁸

d) As fontes no jornalismo científico

Quando se apura fatos referentes ao campo científico de fato é necessário ouvir os outros segmentos sociais além dos pesquisadores. Mas não restam dúvidas quanto ao fato de que estes são fontes essenciais e imprescindíveis, principalmente se tratando das áreas de

⁸ BUENO, Wilson. O Jornalismo Científico e o compromisso com as fontes, 2007. (texto eletrônico)

jornalismo especializado. Como se refere Bueno (2007) é ímpar a presença de “fontes capacitadas, por conhecimento e experiência, a se pronunciar sobre determinado assunto”. A questão é que o acesso as fontes especializadas no Brasil é bastante dificultado pela limitada cultura de divulgação pública científica no país.

Primeiramente o jornalista conta com a realidade de fontes capacitadas sobre o tema, mas que não se relacionam com a mídia e acabam, portanto, não sendo “fontes”. A segunda questão é que mesmo as fontes dispostas a se relacionar com a mídia, por vezes não estão capacitadas para se comunicar e não conseguem expressar as informações de forma compreensível para o jornalista. A situação é agravada quando o jornalista também não é capacitado na divulgação científica ou mesmo se quer buscou conhecimentos básicos sobre o tema da matéria, por vezes, devido à própria falta de tempo típica da rotina jornalística.

A maioria das instituições de pesquisa nacionais (onde se encontram as fontes especializadas em ciência e tecnologia), compostas principalmente pelas universidades públicas, não fornecem cursos de capacitação aos seus pesquisadores para que eles compreendam aspectos básicos do campo da comunicação, como sua rotina produtiva, os valores-notícia (quando uma pesquisa tem potencial de notícia na grande mídia) e a linguagem adequada para transmitir as informações na entrevista. Mais do que isso, há uma problemática incrível no Brasil de se descobrir onde as fontes estão, porque os sites das instituições não disponibilizam ou atualizam suas linhas de pesquisa e as informações sobre os seus pesquisadores, como o currículo lattes. Ou seja, uma boa fonte, aquela que além de ser especializada no tema é capacitada a se relacionar com a mídia, é rara de ser encontrada na realidade brasileira de pouco comprometimento com o processo de democratização do conhecimento em ciência e tecnologia.

e) Amplitude do Jornalismo Científico

É um equívoco limitar a ação do jornalismo científico na divulgação das produções de das ciências naturais, exatas e tecnológicas. O jornalismo científico abrange qualquer

estudo da ciência, o que inclui as Ciências Sociais, Educação, Comunicação, Psicologia entre outros campos de pesquisa.

O Jornalismo Científico diz respeito a todas as ciências e, na verdade, tem uma relação estreita com muitos outros "jornalisms especializados", como o jornalismo agropecuário, o jornalismo em saúde, o jornalismo ambiental etc. Há até quem inclua os vários jornalisms especializados sob a "aba do chapéu" do Jornalismo Científico, mas temos restrições a isso. Como temos restrições ao fato de o Jornalismo Científico ficar refém das fontes da comunidade científica, ignorando outros segmentos da sociedade afetados pelo chamado progresso técnico. (BUENO, 2007)⁹

A abordagem jornalística qualificada e atenta sabe da importância da opinião de áreas como a psicologia e antropologia para uma análise crítica sobre os efeitos sociais e subjetivos que as aplicações tecnológicas e inovações científicas causam no meio ambiente, no indivíduo e na sociedade.

f) Conhecimentos prévios sobre o tema a ser abordado

Atualmente o jornalista conta com uma ampla disponibilidade de informações na internet que lhe permitem não apenas conhecimentos básicos sobre os temas que irá tratar como também um acompanhamento sobre o processo de desenvolvimento das pesquisas através, por exemplo, de arquivos online que constroem uma verdadeira biblioteca virtual. É óbvia a necessidade de saber como utilizar as fontes na internet, de acessar os sites de informação segura, pois o que não falta é encontrar no ambiente virtual relatos totalmente equivocados nas diversas áreas de conhecimento.

No entanto, a crítica recorrente por parte dos pesquisadores é de se depararem com jornalistas totalmente desinformados sobre o tema da matéria o que implica na maior possibilidade de entendimentos equivocados sobre a fala do entrevistado. Se um jornalista coloca uma informação distorcida como declaração ou opinião de sua fonte, de certo estará comprometendo não só o conhecimento público sobre os fatos, como a reputação do pesquisador perante a comunidade científica. Isso apenas complica a busca na construção de maiores relacionamentos entre jornalistas e cientistas.

⁹ BUENO, Wilson. Os atributos do jornalismo científico, 2007 (texto eletrônico)

g) O que é notícia no jornalismo científico

Nem toda descoberta científica é necessariamente notícia para o campo jornalístico. Por vezes, ela é muito específica e apenas interessa para o próprio campo científico, o que caberia no caso, a disseminação científica ao invés da divulgação pública.

Há que se pensar também que o valor-notícia varia de acordo com o suporte, e logo, o público alvo para o qual será divulgada a matéria. O público-alvo do Jornal Nacional é bem mais amplo do que de uma revista especializada e a população brasileira é pouco alfabetizada cientificamente, mesmo os conceitos mais básicos, pela maioria são desconhecidos. Falar de uma descoberta química que auxiliará na síntese de determinada substância muito utilizada em específicos produtos da indústria agrícola, por exemplo, é de pouco entendimento e mesmo interesse social público. É importante e fundamental para o ramo das indústrias químicas, para os pesquisadores da área e as grandes empresas agrícolas, mas nada palatável para o grande público. Pode ser um valor-notícia para uma revista especializada em agronegócios, mas não para a Folha de São Paulo.

Agora, se trata de uma substância que será adicionada aos produtos químicos agrícolas e que pode representar um dano à saúde quando aplicadas numa plantação para ser desenvolvida mais rapidamente, nesse caso, há uma importante discussão pública a ser feita no que diz respeito de submeter a qualidade alimentar populacional em prol de interesses econômicos agrícolas e das indústrias.

Nesses casos, surge a necessidade de uma abordagem jornalística crítica que indague os interesses que há por trás da descoberta e do discurso científico, que acesse outras fontes além da instituição e cientista responsáveis pela pesquisa, opiniões de outras áreas de conhecimento e da própria opinião pública.

2.1 O jornalismo científico em saúde e sua prática no Brasil

Jornalismo em Saúde é uma das áreas específicas e talvez a mais importante do jornalismo científico. O jornalismo em saúde aborda toda temática associada à saúde,

logo não apenas deve utilizar como fonte a medicina, mas também as áreas de enfermagem, odontologia, nutrição, farmácia, assim como, as fontes que implicam numa análise social dos contextos de promoção à saúde, ou seja, as áreas de ciências sociais, psicologia, história, estatística, as instituições políticas, as representações comunitárias entre outras. Afinal, o jornalismo em saúde deve extrapolar uma definição biológica-médica sobre saúde e entendê-la como um estado possibilitado pelo contexto adequado de qualidade de vida da população. Wilson Bueno descreve os espaços de prática do jornalismo em saúde:

Ele não só se manifesta na mídia, mas também em veículos de divulgação patrocinados por empresas, universidades e institutos de pesquisa nesta área. Alguns exemplos importantes são a Fiocruz, a Unifesp, o Cremesp, os hospitais Albert Einstein e das Clínicas de São Paulo. e o Laboratório Fleury, dentre muitos outros. Colunistas importantes como Moacyr Seliar, Júlio Abramczyk, e Dráuzio Varella precisam também ser de pronto mencionados, assim como os cadernos específicos dos jornais Zero Hora e O Povo , o site Medwebonline e outros, de inúmeras indústrias farmacêuticas e entidades da área, com espaços reservados para a interação com os jornalistas. (BUENO, 2007)¹⁰

Bueno acrescenta que para ele a importância do jornalismo em saúde deve-se ao fato de que “a saúde é o maior patrimônio do ser humano” e por isso é de tema de grande interesse da sociedade.

Como é discutido nos congressos e encontros de comunicação e saúde e reivindicado para as ações político-institucionais, de fato, a mídia pode ser um ambiente potencial para a educação popular e abordagem crítica das temáticas em saúde. Pode-se afirmar serem esses o primeiro comprometimento ético do jornalismo científico em saúde. A responsabilidade social do jornalismo científico refere-se justamente a ir além de uma propagação pública sobre as produções científicas e permitir um esclarecimento e debate social sobre suas conseqüências no meio ambiente, economia, mercado de trabalho, cultura, bem-estar e por fim na saúde e vida humana. O jornalismo científico em saúde é o que tem responsabilidade mais direta nesses casos, já que informações equivocadas ou mesmo distorcidas sobre medicamentos, tratamentos, diagnósticos e prevenção atinge diretamente a preservação da saúde e vida da população.

¹⁰ BUENO, Wilson. As fontes no jornalismo científico, 2007 (texto eletrônico)

Outro ponto bastante recorrente é a necessidade de uma abordagem jornalística que desenvolva a educação e informação em saúde pública, que é um dos destaques da Décima Conferência Nacional de Saúde na formulação do IEC (Informação, Educação e Comunicação em Saúde)¹¹. Divulgação sobre os programas, setores e formas de acessos a saúde pública, assim como, o fortalecimento de ações preventivas são papéis essenciais do jornalismo em saúde. Uma população que tem acesso a esses conhecimentos possibilita o equilíbrio entre demandas e serviços de saúde ao servir como estratégia preventiva, minimizando as procuras de atendimento médico e logo os custos na saúde pública.

Mas os grandes problemas da cobertura brasileira jornalística em saúde têm revelado uma prática bastante distante dessas responsabilidades, e podemos considerar dois principais eixos de origem dessa situação: o primeiro refere-se às deficiências na qualificação profissional para exercício especializado de jornalismo em saúde. O segundo, agravado pelo ponto anterior, revela a falta de comprometimento ético em prol de interesses econômicos e políticos privados. Entre os sintomas da desqualificação das informações nas divulgações em saúde do jornalismo brasileiro, os mais frequentes são:

a) Textos com linguagens formais e teóricas

O jornalismo científico é uma das ações de divulgação pública da ciência, porém acaba deixando de cumprir seu papel quando por receios e insegurança não solicita do entrevistado uma explicação de entendimento acessível para o público-leigo. Isso reflete muito o pedestal que o jornalista posiciona a “autoridade científica” e o seu temor em interrogá-la, sustentado também pela arrogância, não raramente, presente nos pesquisadores (indispostos no exercício de democratização do conhecimento). Cabe portanto ao jornalista mudar esse senso-comum de “submissão” a palavra científica e questionar a sua fonte a fim de obter o conhecimento necessário para a divulgação pública da produção.

Outra questão é a adequação da linguagem de acordo com o produto ao qual será publicada a matéria. Em produtos especializados, que se pressupõe um público com

¹¹ PITTA, A.M; MAGAJEWSKI, F.R. Políticas Nacionais de Comunicação em Tempos de Convergência Tecnológicas: Uma aproximação ao Caso da Saúde, 2000 (texto eletrônico)

maior cultura científica, a linguagem de certo pode ser menos simplificada do que para um produto de grande circulação popular, como o A Tarde, Folha de São Paulo, ou telejornais, como Jornal Nacional. Como comenta Wilson Bueno:

Notícia para uma revista segmentada pode não ser notícia para o grande jornal e o que sai na grande imprensa (a mídia impresa) pode nem passar perto da redação de um telejornal de média ou grande audiência. Se o diretor do Instituto ou de uma empresa de pesquisa, ou uma fonte especializada qualquer (pesquisador, técnico ou cientista) já tiver este conceito bem definido, uma boa parte do trabalho do jornalista ou do assessor de imprensa estará resolvido. Pior é quando o próprio jornalista (alguns jornalistas que trabalham com temas especializados, muitas vezes, não se lembram de que são mediadores e assumem o papel de fontes, tornando-se eruditos, pedantes, "incomunicadores") ignora isso e passa a escrever para as fontes e os seus pares (os pares das fontes), esquecendo-se de que o seu público está "do outro lado do balcão". (BUENO, 2007)¹²

b) Pouca análise de experiências concretas

Uma das estratégias para tornar as pesquisas científicas e informações em saúde mais acessíveis para o grande público é utilizar relatos de situações reais ou experiências concretas sobre os temas, o que estabelece uma maior identificação e aproximação do público com as mensagens sobre saúde. No caso da tuberculose, por exemplo, há muitas pessoas que desconhecem o tratamento realizado nos postos de saúde pública e outras, que por tabus sociais, desacreditam na possibilidade de cura da doença. Outra questão é que a maioria inicia, mas não conclui o tratamento que tem duração de seis meses. Isso porque logo nos primeiros meses de uso dos remédios não se sente mais os sintomas da doença. No entanto, a cura somente é alcançada com o tratamento completo. O relato de experiências reais de pessoas que prosseguiram o processo completo e conseguiram a cura de certo serviria como prova da importância de que é possível alcançá-la ao se seguir todo o tratamento. É o chamado "input de base afetiva" como uma fonte de comprovação dos fatos:

Em geral o conhecimento teórico e aplicado é adquirido e estocado pelo indivíduo, como se fosse parte de sua "bagagem cultural". Só é levado em consideração quando espelhado em experiências pessoais. Ou seja, não que o conhecimento teórico e aplicado seja reconhecido como inútil pelas pessoas, mas os conhecimentos de base afetiva podem sensibilizar mais do que consideram os educadores e comunicadores de saúde, normalmente, preocupados em elaborar campanhas e reportagens que levem à população o

¹² BUENO, Wilson. As etapas fundamentais do jornalismo científico. (texto eletrônico)

maior número de informação possível. (MARANINI, CAMARGO, PAZ, FONSECA E BUENO, 2005)¹³

c) Legitimação do discurso da competência

A pouca análise de experiências concretas reflete também a falta de diversificação das fontes nas produções das matérias em saúde que se limitam ao discurso dos profissionais e pesquisadores do campo. A legitimação do discurso da competência posiciona essas mensagens como isentas de quaisquer outras influências fora da “verdade científica”. O campo da saúde, no entanto, cada vez mais é subjugado pelo poder econômico e não são raros os pesquisadores contratados por indústrias farmacêuticas apenas para assinarem e validarem os seus produtos que, sob a “legitimação científica”, ocultam as possíveis consequências danosas à vida, como o uso de cobaias humanas nos experimentos, danos ao meio ambiente e mesmo erros que resultam em prejuízos graves à saúde. Wilson Bueno ao falar da “mercantilização da medicina” mostra como “informações e conhecimentos” sobre uma produção científica podem ser tornar “mercadorias valiosas” e a fonte, de forma não transparente, apenas relata os dados que sejam do seu interesse e benefício:

Temos em muitos casos o poderoso lobby que, não raramente, se vale de procedimentos espúrios para manipular a opinião pública. Esta ação pode determinar o sigilo e controle da informação e temos cada vez mais elementos para concluir que esta pressão não se exerce unicamente sobre os meios de comunicação de massa, mas se estende às revistas científicas e aos próprios profissionais de imprensa e saúde. (BUENO, 2001)¹⁴

Wilson Bueno narra casos reais que demonstram a necessidade urgente de acabar com essa alienação jornalística de não investigar ou apurar os discursos científicos, colocando-os como representantes da racionalidade e verdade. Muitas notícias referentes à saúde, por exemplo, são verdadeiros releases das indústrias e clínicas privadas e são aproveitados em sua totalidade, perfeita ação de marketing mascarada de divulgação jornalística. Um dos acontecimentos envolve a grande indústria tabagista do mundo, a Philip Morris:

¹³ MARANINI, CAMARGO, PAZ, FONSECA E BUENO, Divulgação de saúde na imprensa brasileira: expectativas e ações concretas, 2005. (texto eletrônico)

¹⁴ BUENO, Wilson. A cobertura de saúde na mídia brasileira: sintomas de uma doença anunciada. 2001 (texto eletrônico)

Há anos, a empresa vem sendo acusada de subvencionar cientistas com o objetivo de dissimular a ação maléfica do cigarro, segundo a publicação de “estudos e pesquisas” comprometidos com os interesses da indústria do tabaco. Em 1998, um jornal norte-americano, o Saint Paul Pioneer Press, revela que alguns cientistas havia sido financiados pela empresa para “escrever cartas a importantes publicações científicas e a um jornal, desacreditando um relatório do governo americano sobre o fumo passivo [...] Ao todo, treze cientistas teriam recebido cento e cinquenta e seis mil dólares por cartas e artigos que questionavam o relatório da Environmental Protection Agency (EPA) de 1993 [...]” (BUENO, 2001)¹⁵

O autor ainda exemplifica os casos de uso de cobaias humanas:

Este foi o caso das Forças Armadas que na década de 40, patrocinou pesquisa, em que se utilizou crianças deficientes mentais, do interior de Massachusetts, para avaliar as conseqüências da radiação no organismo, oferecendo-lhes, na merenda escolar, mingau com aveia contaminada por isótopos radioativos. Também foi o caso da pesquisa que submeteu bebês de orfanatos e albergues australianos da cidade de Melbourne, a testes e vacinas contra a herpes, para avaliar possíveis reações tóxicas, conforme denúncia do jornal australiano The Age. Ou do experimento do Instituto Nacional de Saúde e o Centro de Prevenção e Controle de Doenças dos EUA, realizado na República Dominicana, Tailândia e quatro países africanos, junto a mais de doze mil mulheres grávidas, para descobrir um método mais econômico de evitar que a mãe transmitisse o vírus HIV ao feto e no qual se ministrou a cerca de 30% delas placebo ao invés de medicamento, num crime inominável em nome da ciência. (BUENO, 2001)¹⁶

d) Discursos científicistas sobre saúde

A “legitimação do discurso da competência” demonstra a visão condicionada de que “saúde” é tema apenas para o campo da ciência, dos profissionais da área médica tradicional. Como foi dito no tópico de jornalismo científico, as medicinas consideradas alternativas, como a homeopatia, a ayurvédica e a ortomolecular tiveram que se valer do discurso científico para conquistarem uma divulgação midiática. O cenário indica para uma atuação jornalística científicista, tecnicista e submetida ao corporativismo da medicina tradicional. As fontes nesses casos costumam serem sempre as mesmas instituições de pesquisa ou médicos conceituados de clínicas particulares, reconhecidas nacionalmente ou mundialmente, que por vezes trazem informações pouco coerentes com a realidade local, com os problemas de saúde pública.

¹⁵ BUENO, Wilson. A cobertura de saúde na mídia brasileira: sintomas de uma doença anunciada. 2001 (texto eletrônico)

¹⁶ Idem.

É notável a predominância da visão ocidental de “cura”, ou seja, como um resultado de ação da medicina convencional, das indústrias e sistemas tecnológicos que lhe dão aporte, portanto, sustentando a chamada ideologia da “medicalização”. Wilson Bueno descreve a construção de uma abordagem jornalística em saúde, preconceituosa e cientificista:

Exclui, a priori, soluções que não se enquadram nas concepções ocidentais de doença de cura e do homem como um somatório de órgãos (pulmões, coração, rins etc) aparelhos ou sistemas (circulatório, digestivo etc), que podem ser compreendidos pela perspectiva multifacetada das especialidades médicas. Não admite o ser humano como integral, não faz concessões a demandas que se situam fora do campo da técnica e da ciência, ridiculariza as emoções como sintoma de fragilidade humana e encara a opção não materialista como desvio da normalidade. (BUENO, 2005)¹⁷

e) Ideologia da tecnificação e espetacularização da cobertura na área médica

Capas, artigos e notícias exibem um jornalismo brasileiro mitificado pelas técnicas “miraculosas” da medicina e constroem uma verdadeira narrativa espetacularosa sobre o sucesso dos novos procedimentos médicos. Em janeiro de 2001 a Super Interessante publicou a matéria “Doutor não estava aqui” sobre a realização de cirurgia à distância no Brasil, a qual o médico americano Louis Kavoussi coordenou dos EUA uma cirurgia no Hospital Sírio Libanês em São Paulo. A chamada telecirurgia ou teleconferência foi descrita pelo jornalista com elementos típicos de efeito emocional, como a descrição do ambiente de onde se encontrava o médico (a biblioteca de sua casa), do personagem principal (o médico, as suas roupas etc), suspense no processo dos acontecimentos da cirurgia, o drama do desafio, o “alívio” de um resultado de sucesso e a representação do espanto perante as “incríveis” possibilidades dos aparatos tecnológicos:

Naquele domingo, o médico americano Louis Kavoussi, do Johns Hopkins Hospital, em Baltimore, Estados Unidos, acordou mais cedo. Pouco antes das 7 horas, ele se dirigiu à biblioteca de sua casa. Vestia camisa xadrez e levava um copo com chá. Lá, se reuniu com uma equipe de colegas brasileiros, prestes a realizar uma cirurgia em um paciente de 17 anos, no Hospital Sírio Libanês, em São Paulo. O jovem Rodrigo (nome fictício) tinha varicocele varizes nos vasos sanguíneos ligados aos testículos. Poderia ficar infértil se não fosse tratado a tempo. (Super Interessante, jan 2001)

Após toda uma descrição detalhada da tecnologia e do processo da cirurgia, a matéria conclui com o tópico intitulado por “final feliz”:

¹⁷ BUENO, Wilson. Saúde na Mídia: uma visão crítica. 2005 (texto eletrônico)

Em 20 minutos estava tudo acabado. Tranquilo, o médico americano sorveu mais um gole do seu chá, antes de tomar o desjejum com sua família. O paciente recebeu alta no dia seguinte. Estava terminada a terceira telecirurgia da história, feita no dia 17 de setembro de 2000. A operação, muito simples, poderia ter acontecido sem a orientação de Louis. Mas ela serviu para demonstrar o impacto impressionante da tecnologia na medicina. (Super Interessante, jan 2001)

Não houve qualquer questionamento crítico de como essas tecnologias podem servir e serem viabilizadas para o atendimento público de saúde. Com por exemplo, nos casos freqüentes de situação de urgência no hospital público e que falta o médico adequado para o atendimento, se seria possível realizar através de uma orientação médica à distância. E mais, se pressupõe uma impecabilidade cirúrgica, e não interroga como as coisas funcionariam em caso de complicação tanto com o paciente como na própria tecnologia que não é imune a possíveis defeitos durante o processo. Não há utilização de outras fontes, além dos médicos envolvidos na história, inclusive o leitor fica sem saber a experiência segundo a opinião do paciente.

Matérias espetaculosas como essa generalizam resultados parciais e propagam medicamentos e técnicas como um release de divulgação publicitária. A informação e criticidade pública são prejudicadas numa representação romantizada da tecnologia e das produções científicas.

f) Centralização do foco na doença

É típico das coberturas jornalísticas em saúde abordarem a “doença” apenas sob aspectos biológicos e científicos de suas causas, tratamentos e diagnósticos e excluem problemas de grande relevância para saúde coletiva: as condições sociais, políticas e emocionais dos indivíduos. O estudo “Mortalidade de mulheres em idade fértil em Campinas, São Paulo (1985-1994)”, indicou que a maior causa de morte das mulheres nessa região foi por problemas cardiovasculares. Uma das questões levadas em consideração na pesquisa foi a realidade social, econômica e familiar dessas mulheres:

A cidade de Campinas, situada na região sudeste do estado, é um centro industrial, comercial, cultural e médico bastante desenvolvido do Estado de São Paulo, contando ainda com duas universidades. Uma pesquisa sobre as condições de vida (PCV) na cidade de Campinas mostrou que em 1994, 20%

das famílias eram chefiadas por mulheres e um quarto dos chefes era migrante. A renda familiar *per capita* era de R\$348,00, metade das famílias dispunha de até R\$186,00 de renda familiar *per capita*, e mais de 36% tinham renda superior a dez salários mínimos. Vinte por cento das moradias localizavam-se em ruas sem pavimentação, 17% das famílias não tinham acesso ao sistema público de esgoto, coexistindo situações de excelente nível sócio-econômico e cultural, com um grupo razoável de famílias em situação de extrema pobreza (SEADE, 1995). Estas características especiais da cidade tornam Campinas uma mistura de cidades do terceiro e do primeiro mundo. (FAÚNDES, PARPINELLI, CECATTI, 2000)¹⁸

A pesquisa revela ainda a preocupante situação da prevalência de casos de hipertensão arterial em São Paulo que não são diagnosticados, o que demonstra uma falta de medidas políticas quanto ao preparo de serviços públicos de saúde para tratamento adequado desses pacientes. O stress e hipertensão têm sido temas recorrentes na mídia brasileira, mas que são pouco vinculados às condições da rotina de vida das pessoas. No caso dessas mulheres, por exemplo, a pesquisa demonstrou que além de trabalharem nas indústrias (que normalmente desprezam cuidados com a saúde dos seus operários), chefiam a família e moram em ambientes sem saneamento básico, ao mesmo tempo, que vivenciam a profunda desigualdade social ao coexistir com famílias em “situações de excelente nível sócio-econômico e cultural”.

Já é fato que as situações sócio-econômicas de uma população no contexto da complexa desigualdade social atingem diretamente o estado emocional do indivíduo. A visão exógena da doença despreza que sentimentos, pensamentos e estado de humor são textos que transmitem mensagens para as diversas partes do corpo humano que reage sob sintomas. Wilson Bueno destaca o caráter fatalista que o jornalismo constrói como significação da doença, o que incentiva o tom dramático no interesse de espetacularizar a notícia:

As matérias de saúde concentram o foco na doença, tentando entendê-la sob todas as formas e assumem, quase sempre, um caráter fatalista (tal paciente deu um azar danado ao “pegar” tal moléstia ou estava determinado geneticamente a contrai-la algum dia). Desviam, desta forma, a atenção de políticas de saúde, deixando de entender o processo pelo o qual se criam condições para a emergência de epidemias ou para o retorno de velhas enfermidades. Elegem microorganismos como vilões (cada vez mais resistentes ao homem!), sem indicar que a causa maior das moléstias e patologias é a precária infra-estrutura de atendimento, a ausência de um

¹⁸ FAÚNDES, Aníbal; PARPINELLI, A.M; CECATTI, G.J. “Mortalidade de mulheres em idade fértil em Campinas- São Paulo, 2000, (texto eletrônico)

programa de saneamento básico, o despreparo de profissionais, a mercantilização da medicina [...]. (BUENO, 2005)¹⁹

g) Informações fragmentadas e descontextualização

O fenômeno que percebemos no jornalismo em saúde é a avalanche de informação que são lançadas para o público. Já é comum o comentário de pessoas sem saber mais o que é ou não cancerígeno, se café faz mal ou bem para saúde e quais são as dietas adequadas, de fato, para a promoção da mesma. Isso porque a cada dia há um dado novo que se sobrepõe a informação anterior e o conhecimento do público acaba sendo um amontoado de “noções” fragmentadas e descontextualizadas das notícias em saúde. A busca do “furo” jornalístico, a apuração limitada dos fatos, a ausência de uma abordagem que contextualize os resultados científicos explicam a desqualificação das notícias e a realidade da desinformação da população.

Isso ocorre menos porque a ciência ainda não deu resposta confiável a estas questões, mas porque a mídia oscila em função de espasmos de divulgação, pouco preocupada em avaliar a qualidade das informações que chegam a ela ou de verificar o interesse das fontes que as produzem. Esta fragmentação descontextualiza a relação entre medicina e poder e impede que se vislumbre a informação pela sua inspiração nitidamente mercadológica. (BUENO, 2005)²⁰

h) Reprodutoras de estereótipos e pouca divulgação em temas da saúde pública

O jornalismo em saúde tem grande potencial para a educação popular sobre as doenças crônicas, relacionando conhecimentos teóricos e experiências práticas, o conhecimento adquirido e as novas informações. No Brasil o contexto atual, no entanto, demonstra a predominância de uma atividade reprodutora de estereótipos que associam beleza e saúde, cura e medicalização, verdade e ciência, qualificação e inovação técnica. Uma abordagem, portanto, que acaba por privilegiar a exaltação da modernidade e das tecnologias em saúde e, associado a elas, um mercado de indústrias, planos de saúde, hospitais particulares e clínicas de estética. Fica à margem o debate sobre a saúde pública, direito de todo e qualquer cidadão ao acesso livre e qualificado de atendimento à saúde, assim como, o papel educacional que o jornalismo em saúde tem como primeira

¹⁹ BUENO, Wilson. Saúde na Mídia: uma visão crítica. 2005 (texto eletrônico)

²⁰ Idem.

meta na sua formação profissional, mas que na prática tem se afastado cada vez mais desse compromisso ético.

As doenças que a maioria da população ainda sofre devido o contexto das comunidades sem saneamento básico, sem postos de saúde suficientes para atendimento da população local, sem acesso a informações e educação em saúde, são os verdadeiros males que não tem espaço amplo de divulgação na mídia de forma qualificada e adequada para o debate popular e reivindicação de políticas governamentais. É o caso da tuberculose, meningite, doença de Chagas, verminoses, cólera, desnutrição, poliomielite, DSTs, hepatites, rubéola, e muitas outras doenças epidêmicas que já são praticamente inexistentes nos dados epidemiológicos dos países desenvolvidos, presentes apenas nos seus livros de história sobre epidemias dos séculos passados, quando a sociedade ainda desconhecia das condições básicas de estrutura urbana e higiene pessoal para a promoção da saúde.

A cobertura jornalística em saúde costuma tratar da saúde pública com sensacionalismo, escandalizando histórias de pessoas que morrem na fila de espera, da falta de equipamentos básicos para cirurgias e atendimentos médicos urgentes e de mau atendimento dos profissionais da saúde pública com os pacientes. De fato, são problemas reais e graves em muitos serviços de saúde pública do país, mas que deveriam ter uma cobertura jornalística apropriada para gerar o debate, com matérias aprofundadas em editoriais especiais, com espaço para os líderes de comunidades, representantes políticos-institucionais dos Conselhos de Saúde, Ministro da Saúde, prefeito, governador, médicos, antropólogos, sociólogos, enfim, a expressão dos diversos setores sociais numa discussão ampla e polifônica sobre saúde pública. Mas, ao contrário, a abordagem jornalística em saúde, em sua maioria, não tem ido além de escandalizar e desqualificar o acesso público a saúde.

2.2 - Há jornalismo científico nos jornais impressos baianos?

Avaliando o grau de dedicação dos jornais impressos baianos à atividade de divulgação científica e a qualidade de suas matérias nessa área, acabou por surgir o questionamento se de fato há uma prática de jornalismo científico na Bahia. Isso porque, embora se proponham a divulgar notícias sobre ciência e saúde, essa atividade ainda pouco faz

parte das pautas dedicadas na rotina e está longe da ética e habilidades necessárias para se definirem como ações de jornalismo científico.

Nos jornais *Tribuna da Bahia* e *Correio da Bahia* não há um caderno especial para a divulgação científica e quando o tema aparece na capa ou em alguma outra editoria (cidade ou mundo), a maioria é proveniente de agências noticiosas e ganham destaque devido sua repercussão nas outras mídias (tv, internet, rádio) e seu caráter espetaculoso e polêmico. Não há, portanto, uma rotina na prática de jornalismo científico nesses suportes impressos.

O jornal A Tarde, maior impresso de circulação em todo o estado, conta atualmente com páginas avulsas dedicadas as notícias factuais de ciências, mas foi o único que criou um caderno especial, o Observatório, exclusivo para atividade em jornalismo científico. O Observatório teve sua primeira edição em 4 de agosto de 2005 e foi encerrado no início de 2007. Márcia Costa na sua tese de mestrado sobre a divulgação científica na secção do Observatório descreveu o histórico e características gerais do produto:

Projetado em duas páginas, publicadas todas as quintas-feiras, o Observatório inicia sua história numa linha editorial que inclui reportagens, entrevistas, artigos, a coluna de notas **Conta-gotas** e a seção **Pergunte ao Observatório**, que começa a ser publicada em 18/08/05 para responder perguntas dos leitores, a maioria referente à área de saúde. A equipe de jornalistas é formada por dois profissionais: um repórter e um editor, que também acumula a função de repórter. Os dois jornalistas não são exclusivos do Observatório e também trabalham para a editoria de Cidade do jornal. (COSTA, 2007, p. 62)

A análise do Observatório feita pela autora demonstra uma série de entraves que impedem o desenvolvimento qualificado da prática em jornalismo científico na Bahia. No caso do Observatório, houve um grande distanciamento entre o produto e o seu projeto de origem - “missão de ser um espaço de divulgação científica mais abrangente” (Costa, 2007)- e logo do seu compromisso com os leitores de gerar o debate, conhecimento e educação sobre os temas relacionados à ciência. Os problemas surgem a partir dos seguintes fatores que mais se destacam: o grau de importância do jornalismo científico para a política editorial da empresa (no caso o grupo A Tarde), a rotina jornalística, a relação com as instituições locais de pesquisa, e por fim, a própria cultura científica dos profissionais que atuam no produto.

2.2.1 O Observatório da Imprensa

O pouco grau de importância do Observatório para o grupo A Tarde já é notável quando sete meses depois de sua primeira edição, a reforma do projeto gráfico do jornal o reduz para uma página. Costa ressalta que antes mesmo da reforma já havia edições que “uma página era eventualmente suprimida para dar lugar às notícias factuais” e, depois da mudança, ocorreu de não ser publicado, como nos dias 18/05/06 e 27/07/06 (compensada publicando duas páginas na edição das semanas posteriores). Outro ponto que a autora destaca é que no primeiro ano de publicação do Observatório, período de estudo escolhido para análise, nenhuma de suas matérias foram manchetes principais do A Tarde: “quando as matérias do observatório tinha espaço na primeira página era na forma de chamada em pequenos textos, sempre na parte inferior da página” (COSTA, 2007).

Uma problemática muito conclusiva quanto ao grau de relevância do Observatório no A Tarde é o que Márcia alertou como “uma falta de concepção de ciência e tecnologia na política editorial do jornal”, isso porque as páginas avulsas factuais de ciências continuavam mesmo nas quintas-feiras quando se tinha a secção do Observatório.

Por fim, só havia dois jornalistas (Entrevistado A e Entrevistado B) para trabalhar no Observatório, sendo que um era também o editor (Entrevistado A) e que ambos não tinham dedicação exclusiva para a secção, cobrindo as matérias da editoria Cidade, que é de grande relevância no jornal. Isso refletiu diretamente nas complicações da rotina jornalística desses profissionais que trabalhavam sobre a pressão do deadline de duas editorias. A dedicação em apurar os fatos de forma qualificada e diversificando as fontes (que é uma das críticas recorrentes sobre o jornalismo científico em saúde) acaba por ser um grande desafio na corrida contra o tempo. Nesse caso, a disponibilidade das fontes e das informações (divulgadas pelas instituições de pesquisa) são condições de necessidade básica para os jornalistas conseguirem desenvolver a matéria com eficiente apuração e dentro do prazo.

2.2.2 Fontes e Procedência

São pouquíssimas instituições locais, inclusive as universidades públicas (responsáveis pela maior parte da produção científica no país)²¹, com iniciativas estratégicas de divulgação de suas pesquisas, como a criação de sites, de agência de notícias e assessoria de comunicação. O jornalista, devido maior viabilidade, acaba se restringindo as fontes regulares, como institutos de pesquisa nacionais e internacionais, os poucos profissionais da medicina já acostumados a se relacionar com a mídia e mesmo as agências de notícias mundiais que enviam releases e sugestões de pauta, por vezes, transpostos como notícia na íntegra. Ao tratar do assunto Márcia Costa comenta o depoimento de um dos jornalistas do Observatório que foi entrevistado pela autora sobre a rotina de trabalho na secção e revelou a sua freqüente dificuldade em conseguir diversificar as fontes, devido à maioria ser pouco receptiva as divulgações jornalísticas sobre ciência.

Esta afirmação da Entrevistada B toca num ponto crucial da influência do fator tempo no contexto de produção das reportagens, o que nos leva a crer que a disponibilidade das fontes, ou seja, a facilidade em fazer contato com o entrevistado é um dos critérios de seleção dos assuntos tratados pelo Observatório. Seguindo a análise de Gans, citado por Traquina, “É provável que as fontes que cooperam com os jornalistas e os tratam cordialmente sejam mais utilizadas que outras”. Assim compreende-se a regularidade de algumas fontes nos veículos de comunicação, que sempre se reportam àquela entidade especialista para determinados assuntos, o que torna uma referência, não só do ponto de vista do conhecimento, mas também pela visibilidade que tem. (COSTA, 2007, p. 96)

Os dados trazidos por Márcia Costa demonstraram que a maioria do material do Observatório é proveniente de agências noticiosas e sugestões de pauta enviadas por assessorias. Devido à rotina produtiva do Observatório e a pouca viabilização de informações por parte das universidades e institutos locais de pesquisa, havia um uso freqüente dos centros nacionais de pesquisa e da região do sudeste porque estavam mais preparados com iniciativas de divulgação para a imprensa. Consequentemente muitas matérias do Observatório trazem conhecimentos descontextualizados com a realidade baiana, e a relação com o cenário local acaba sendo apenas um complemento.

A divulgação jornalística da ciência exige maior tempo de apuração e isso acaba custando caro para os interesses econômicos das empresas de comunicação. A falta de preparo dos institutos e universidades da Bahia para divulgação científica de suas

²¹ Esses dados são provenientes da FAPESB (Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo) e foi divulgado no jornal da USP, junho de 2005.

produções agrava o problema à medida que dificulta a apuração jornalística. A UFBA e seus programas de pesquisa, como o MUSA, são exemplos de como os resultados de suas produções (a maioria de importância social) acabam limitadas aos muros da instituição por essa incomunicabilidade com a mídia.

Há consenso entre os empresários, até mesmo alguns editores, que fazer jornalismo científico é caro, pois necessita tempo para pensar, pesquisar e consultar fontes diversas, já que, segundo eles, as universidades e os centros de pesquisa no Brasil não possuem uma estrutura adequada para prestação de informação de suas atividades. (MOURAO apud DINIZ apud COSTA, 2007, p. 103)

O pouco uso dos pesquisadores e instituições locais resulta na apuração limitada e por vezes generalista, sem relação com as especificidades do contexto social, econômico e cultural da Bahia, tomando uma fonte de discurso como a única e a verdadeira. Já o saber popular, embora não seja muito presente nas matérias, garantiu espaço de expressão no recurso “povo-fala” do Observatório, trazendo experiências concretas sobre os temas tratados na edição. Outro recurso bem aproveitado foram os infográficos, glossários e *saiba mais* para melhor esclarecer os leitores sobre os dados das pesquisas.

A questão que fica, no entanto, é de uma restrita ação crítica sobre os temas do Observatório, transparecendo uma posição jornalística rasa de mera “tradução” do discurso científico para uma linguagem acessível aos leitores. Márcia observa um posicionamento acrítico dos jornalistas do Observatório ao não indagar ou questionar as informações dadas pelos institutos internacionais, nacionais e agências de notícia.

Nos três casos citados sobre o uso de informações de estudos estrangeiros não há polêmica ou questionamentos sobre os resultados apresentados, acompanhando uma tendência geral entre as matérias de ciência. As fontes locais cumprem o papel de abordar questões de prevenção, sintomas e formas de tratamento. Nas matérias de agências, nacionais ou estrangeiras, também não há contestações. Elas servem para destacar os feitos de instituições e pesquisadores, geralmente representados por uma única fonte de informação, o que inviabiliza qualquer confronto de idéias. (COSTA, 2007, p. 85)

2.2.3 Conteúdo e Abordagem

Márcia realizou uma pesquisa quantitativa em 50 edições do Observatório e constatou que saúde era o tema mais abordado, presente em 75 dos 117 textos catalogados, ressaltando que a abordagem sobre o tema envolve saúde física e mental sobre: doenças, prevenção, saúde pública, tecnologias de saúde e qualidade de alimentação.

A temática meio ambiente estava presente em nove textos e em sete tratavam de aquecimento global. A área de Ciências Humanas foi que apareceu em menores proporções e de dezesseis textos catalogados, a área de educação se destacou em três deles. Na área de Ciências Exatas e da Terra doze textos foram encontrados e cinco se direcionavam à astronomia. As divulgações em Ciência e Tecnologia se concentraram em cinco textos (uma entrevista e quatro reportagens).

2.2.4. Visão de Saúde e Doença

A cultura científica dos profissionais do Observatório foi um dos pontos fundamentais de avaliação da qualidade das matérias da secção. Isso porque as concepções dos jornalistas sobre ciência, tecnologia, modernidade, saúde, cura e doença, reforçam estereótipos e conceitos a partir dos seus critérios de seleção das fontes, das conduções de suas entrevistas e do viés informacional dado nas matérias. No caso, serão destacadas as “concepções de saúde” desses jornalistas a partir da análise de Márcia Costa.

O resultado da análise demonstrou uma predominante visão exógena da doença e construção do conceito de saúde como um estado de ausência total de enfermidade. Esse domínio de uma abordagem ocidental da concepção de saúde é evidenciado quando os jornalistas do Observatório limitam a discussão da temática aos profissionais da área médica:

O Observatório perde aqui uma oportunidade de ampliar o debate sobre a saúde, focando a visão de saúde da área médica, deixando de ouvir a opinião de profissionais de outros campos, como meio ambiente, sociologia, antropologia e, porque não, da engenharia? Não deveríamos pensar em qualidade de vida, em saúde, quando projetamos uma construção? O saneamento básico de uma cidade, as praças, as áreas verdes, tudo isso não está relacionado ao bem-estar do cidadão? (COSTA, 2007, p. 83)

As concepções ocidentais e exógenas sobre saúde e doença são notórias nos seguintes trechos das entrevistas com os dois jornalistas do Observatório referidos como A e B (a

autora manteve o anonimato das fontes), ao perguntar sobre seus conceitos referentes a essas duas palavras-chaves do tema:

Fundamentalmente, a doença seria provocada pela adoção de comportamentos não recomendáveis para o equilíbrio do corpo e das emoções. O sintoma ou sinal dele (o alarme interno) avisa mais do que qualquer conhecimento teórico sobre o perigo de certas práticas, como o hábito de fumar. Ele pode fazer mal ou pode não fazer. Ser um simples prazer ou virar o pesadelo de um câncer. – *Entrevistado A* (COSTA, 2007, pg. 71)

Para a Entrevistada B, a saúde também está ligada à prevenção, seguindo uma visão de saúde que prevalece na cultura ocidental, segundo Laplantine, como ausência total de doença. “Saúde é qualquer coisa que provoque o seu bem-estar, que possa contribuir para o seu bem-estar, seja remediando ou prevenindo. Saúde é o desenvolvimento de estudos que possam trazer menos dor, que possam trazer a cura” - *Entrevistada B*. Sobre a doença, a Entrevistada B diz que, exceto as doenças hereditárias ou problemas provocados por outros fatores, como um acidente, tudo tem haver com a falta de prevenção, com a falta de cuidado com você mesmo. É uma interpretação exógena da doença, na qual quem segue a cartilha da prevenção vai estar livre dos males da vida moderna, como as doenças do coração e obesidade. (COSTA, 2007, p. 71)

Outro ponto a ser considerado é a presença marcante de uma “medicalização” e “cientificismo” na abordagem jornalística do Observatório, prevalecendo a medicina alopática como fonte. Os tratamentos alternativos, como a homeopatia, para o Entrevistado A pareceram seguros para uma divulgação após demonstrar “evidencias claras” e “científicas” de seu funcionamento:

Com se trata de áreas da medicina que estão em oposição à alopacia, procuramos- quando surgem pautas sobre esses temas- divulgar apenas opiniões de médicos homeopatas, de instituições acadêmicas de pesquisa. Evitamos “terapeutas” e “curandeiros”. (*Entrevistado A*)

2.3 Considerações

Quanto ao posicionamento sobre ciência e tecnologia, ambos demonstram visão positiva, mas com preocupações quanto aos usos para o desenvolvimento da qualidade de vida da população. Uma conclusão pertinente da análise foi que apesar dos jornalistas entenderem a ciência como um campo interdisciplinar que envolve as diversas áreas do conhecimento, a política editorial do jornal a restringe ao campo da saúde,

possivelmente por acreditar ser esse o tema de maior atração de leitores. O projeto inicial do Observatório de realizar uma ampla divulgação científica, acaba por se deter aos temas referentes à saúde e sob uma perspectiva do discurso da medicina tradicional.

A análise sobre a divulgação jornalística em saúde do A Tarde demonstra como as concepções dos jornalistas sobre saúde, ciência e tecnologia, a política editorial da empresa e a própria rotina de trabalho típica do jornalismo podem formar um conjunto de fatores que comprometem a qualidade das informações em ciência: a má apuração dos fatos, o pouco aproveitamento das fontes locais, limitada visão sobre o conceito de saúde, retrição ao discurso da área médica, falta de contextualização das informações com a realidade local, posicionamento acrítico em relação as pesquisas, condicionamento a fontes institucionais e oficiosas, entre outros. A política editorial interessada no “furo jornalístico” e no caráter sensacionalista da noticia agrava o problema, e a relação entre os campos jornalístico e científico encontram nesse resultado o principal ponto de conflito: a credibilidade da apuração jornalística frente aos pesquisadores.

CAPÍTULO III

METODOLOGIA

Após a fundamentação teórica sobre comunicação e saúde, jornalismo científico em saúde e sua realidade local, o processo metodológico desse trabalho se consistiu em duas principais etapas: a primeira, realização da entrevista com a pesquisadora permanente do MUSA, Greice Menezes, e a segunda, a análise de conteúdo quantitativa e qualitativa das matérias divulgadas no jornal A Tarde, no período de 01 de janeiro de 2007 à 26 de novembro de 2007, sobre Mortalidade Materna e Aborto.

A realização da entrevista foi essencial para o entendimento das dificuldades de relação com a mídia local sob a perspectiva de uma pesquisadora permanente do programa e qual a importância dada por ela à divulgação midiática dos resultados de suas pesquisas. Possibilitou também conhecer a história, funcionamento e linhas de pesquisa do MUSA, assim como, as concepções sobre saúde, doença, cura e gênero que servirão de base comparativa com as dos jornalistas nas matérias analisadas do A Tarde.

A análise quantitativa e qualitativa do conteúdo das matérias do A Tarde foi instrumento para avaliação da importância do tema para a política editorial da empresa (quantidade de matérias sobre o tema, localização das matérias na página, quantas tiveram chamadas na capa, uso de fotos e infográficos, em quais editorias estavam presentes, proveniência das matérias- agência ou jornalistas locais) e da qualidade do trabalho jornalístico nessas divulgações a partir das habilidades e iniciativas necessárias no jornalismo científico em saúde, descritas nos capítulos anteriores: uso das fontes e proveniências, contextualização com a realidade local, abordagem crítica, amplitude interdisciplinar, visão sobre saúde, doença e cura.

A definição e procedimentos de análise de conteúdo utilizados nesse trabalho têm como referência o autor Laurence Bardin (1977) e sua perspectiva de que as informações objetivas dos dados quantitativos servem como base para interpretação qualitativa desses materiais. A escolha dos critérios de análise qualitativa e quantitativa tem como fundamentação teórica os autores Wilson da Costa Bueno em *Saúde na Mídia: uma visão crítica* (2005) e a autora Márcia Rocha Costa na sua tese de mestrado *Ciência e Mídia: a divulgação científica na seção do Observatório do Jornal A Tarde no estado da Bahia* (2007). A escolha desses autores deve-se justamente por serem referências de abordagem sobre as práticas fundamentais do jornalismo científico em saúde e as principais críticas quanto a sua qualidade no Brasil.

3.1 A entrevista

A entrevista foi realizada em agosto de 2007 com uma das pesquisadoras permanentes do programa, Greice Menezes, que participa do MUSA desde sua formação, quando sua instalação ainda era na Faculdade de Medicina da UFBA. Greice é médica, mestre em Saúde Comunitária e tem uma trajetória marcada pela experiência com o movimento feminista. Isso facilitou sua interlocução na divulgação dos resultados das pesquisas do MUSA nos fóruns feministas, associações comunitárias, sindicatos, comitês e instâncias governamentais e políticas. Atualmente é um dos membros do Comitê Estadual de Estudos da Mortalidade Materna da Bahia e integrante da Rede Nacional Feminista.

Greice acompanhou o estudo de Glória Compte (orientada por Estela Aquino) na sua tese de mestrado sobre Mortalidade Materna em Salvador, tema que originou a linha de

pesquisa do MUSA, Morbimortalidade Materna e Aborto. Nas linhas de pesquisa do MUSA atua principalmente nos temas juventude e reprodução, mortalidade materna, saúde da mulher, mulher trabalho e saúde.

A entrevista aconteceu no MUSA em duas etapas. A primeira, de 50 min, apresentou a história de formação do programas, suas linhas de pesquisa, os resultados de alguns dos projetos (TESE e GRAVADE), sua interlocução com instâncias sociais e governamentais, quais concepções de saúde, doença, cura e gênero fundamentavam suas pesquisas e finalmente, a relação entre o MUSA e a mídia local e suas iniciativas estratégicas de comunicação, inclusive, com a própria UFBA. A partir dessa primeira entrevista foi decidido escolher a linha de pesquisa Morbimortalidade Materna e Aborto por ser considerada a de maior recorrência temática como fonte pelos jornalistas. A segunda entrevista, de 45 min, consistiu exatamente em conhecer esse estudo, desde sua origem, justificativa, objetivos, conclusões e dados alcançados até o retorno social desses resultados, sua aplicação social. Nessa etapa também se descreveu as dificuldades na divulgação jornalística da pesquisa, como por exemplo, a busca episódica da apuração dos dados do MUSA como fonte de informação, normalmente concentrada nas datas comemorativas referentes ao tema.

Em ambas entrevistas a pesquisadora mostrou-se solícita e não excitou em narrar as dificuldades do programa e dos seus pesquisadores com o jornalismo local, apontando problemas tanto por parte das ausências de iniciativas e preparos do MUSA na relação com a mídia, quanto da qualificação jornalística nas abordagens em saúde e o grau de interesse das empresas de jornalismo local na dedicação sobre os temas da área.

3.2 Análise de conteúdo das matérias do A Tarde sobre Mortalidade Materna e Aborto

Amostragem

Os textos analisados são matérias do jornal A Tarde, do período de 01 de janeiro de 2007 à 26 de novembro de 2007, selecionados a partir do acesso via internet do site A Tarde Online, que disponibiliza para os seus assinantes os arquivos das edições anteriores do jornal impresso. Esses arquivos são exibidos como uma cópia virtual do jornal impresso, o que permite saber onde as matérias estavam localizadas nas páginas, a

tipologia das letras dos títulos, o tamanho que ocupou na página, as fotos e infográficos utilizados e se teve ou não chamada na capa (pode-se ver todas as páginas da edição). No anexo desse trabalho, no entanto, as matérias estão disponíveis nos formatos Microsoft Word, pois somente dessa maneira podem ser copiadas e coladas. Os textos escolhidos são de referência à mortalidade materna, seja como tema principal ou secundário (vinculado ao fato principal).

Organização e classificação do material

Para facilitar a análise quantitativa e qualitativa os textos foram organizados segundo o gênero jornalístico (notas, notícias, reportagens e opinativos). Logo após, os textos foram classificados de acordo com as editorias que se encontravam, identificando a origem autoral de cada um deles (agência ou jornalista do A Tarde).

Também foram destacados os textos divulgados nas datas comemorativas citadas por Greice como os momentos de maior procura da mídia em divulgar as pesquisas sobre mortalidade materna: 8 de março (dia internacional da mulher), 28 de maio (redução da mortalidade materna), 28 de setembro (dia de luta pela discriminação do aborto).

Análise de Conteúdo

Uma vez que os textos foram organizados e classificados foi realizada a primeira leitura deles e a análise de conteúdo:

A análise de conteúdo é definida como uma técnica de tratamento de dados de pesquisa voltada para uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo de “comunicações” (textos, entrevistas, entre outros). Dessa forma, embora tenha suas origens na pesquisa quantitativa, busca a interpretação de materiais de caráter qualitativo. (NOTTO, BAPTISTA, FARIA, 2003)²²

A primeira leitura é a chamada “leitura flutuante” (Bardin, 1977) por ser um contato inicial do pesquisador com os textos. A partir dela são determinados os critérios de avaliação da análise quantitativa que auxiliam nas respostas dos questionamentos centrais do pesquisador referentes à análise qualitativa do conteúdo. No caso, os critérios escolhidos sob a fundamentação teórica de Bueno (2005) e Costa (2007) serviram para responder dois pontos principais: o grau de relevância do A Tarde ao tema mortalidade

²² NOTTO, BAPTISTA, FARIA, Drogas e saúde na imprensa brasileira: uma análise de artigos publicados em jornais e revistas, 2003 (texto eletrônico)

materna e aborto e a qualidade dessas divulgações segundo os pressupostos específicos das práticas jornalísticas em saúde.

No âmbito da análise quantitativa e qualitativa serão investigados os seguintes pontos:

<i>Análise quantitativa</i>	<i>- Análise qualitativa</i>
a) O gênero jornalístico predominante.	a) fontes e procedências
b) Editorias e tópicos	b) linguagem, definição de morte materna e exposição de suas causas
c) Tema central, tema secundário	c) contextualização local
d) Divulgação nas datas comemorativas	d) fragmentação
e) Número de fontes	e) concepções de doença, saúde e cura
f) Uso de fotos, infográficos, localização na página e chamada na capa	f) abordagem crítica x sensacionalismo e parcialidade

CAPÍTULO IV

MUSA- A divulgação das pesquisas no Jornal A Tarde

4.1 O que é o MUSA

O MUSA (Programa Integrado de Estudos em Gênero e Saúde) é um dos programas de pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da UFBA. O ISC é uma unidade da UFBA que tem desde sua origem uma forma de organização diferente das demais unidades. Ele se organiza de forma matricial pelas atividades afins à grande temática de saúde coletiva e não tem departamentos como nas graduações e pós-graduações da universidade. O Instituto conta com programas que realizam atividades acadêmicas a partir da tríade pesquisa, ensino e extensão que são organizadas por cada grupo de acordo com suas atividades. O MUSA tem como objeto todas temáticas relativas à Gênero e Saúde. Criado desde 1990 o programa conta atualmente com as seguintes linhas de pesquisa em andamento:

- Gênero, Trabalho e Saúde
- Adolescência, Sexualidade e Saúde
- Sexualidade, Reprodução e Saúde
- Gênero, Violência e Saúde
- Morbimortalidade Materna e Aborto

- Menopausa, Histerectomia e Saúde
- Equidade de Gênero e Saúde
- Corpo, Cultura e Saúde

A sua incorporação ao ISC como referência de modelo de programa deve-se não apenas ao desenvolvimento da tríade nos seus estudos, mas também por suas características multidisciplinares a qual as suas pesquisas e projetos envolvem o trabalho conjunto de diversas áreas do conhecimento, tais como ciências sociais, antropologia, psicologia, estatística, jornalismo, enfermagem, medicina entre outros. Embora tenha iniciado sua formação na Faculdade de Medicina da UFBA, essa interdisciplinaridade do programa demonstra uma concepção de “saúde” que vai além da área médica tradicional e passa a ter sua constituição primeira a partir da realidade social das comunidades e regiões, dos contextos sócio-culturais e econômicos. Greice Menezes explica o entendimento de saúde para o MUSA e o próprio Instituto de Saúde Coletiva:

O instituto de saúde coletiva na medida que ele se separa da faculdade de medicina ele reafirma sua necessidade de trabalhar com o objeto “saúde”, não com a doença biológica, mas com a saúde do ponto de vista populacional, e a saúde pensada como um conjunto de determinações sociais, e também biológicas, mas não igual a serviço de saúde e adoecimento biológico. Pensar em que medida esses determinantes sócias, econômicos, políticos, e também culturais que dizem respeito a essa forma de viver entre homens e mulheres, essa forma de relacionar, impactam sobre o bem-estar e saúde. Ter saúde é mais do que ter serviço de saúde, com certeza. (MENEZES, agosto 2007)

Essa ampliação sobre o conceito da saúde, que interfere diretamente nas escolhas metodológicas e temáticas vinculadas as problemáticas sociais, fundamenta a própria constituição do ISC quando os programas, antes instalados na Faculdade de Medicina da UFBA, garantem um espaço próprio que permite consolidar suas expectativas multidisciplinares e políticas nas formas de olhar e estudar a saúde coletiva. Uma dessas formas de “olhar” a saúde coletiva se refere ao conceito de gênero adotado pelo MUSA e que o interliga efetivamente as questões da saúde:

Gênero não é simplesmente uma mera substituição do termo sexo. Gênero é uma categoria teórica que vai permitir problematizar e discutir as diferenças entre os sexos, que não são somente diferenças, como pra nós são também hierarquias e assimetrias. Trata-se das representações, atitudes e percepções do masculino e feminino, mas numa sociedade onde há uma valorização do masculino, e é necessário pensar qual o impacto disso pra saúde. (MENEZES, agosto 2007)

A MUSA, assim como demais programas do Instituto, tem estreita ligação com as políticas de saúde e os movimentos sociais, no caso, em especial ao movimento das mulheres que acompanha toda a história de formação do programa.

4.2 História de formação

Um grupo de cinco mulheres com um percurso de formação profissional fortemente vinculada aos movimentos sociais e políticos, principalmente o movimento das mulheres, e que se juntam a partir do grande interesse em comum de estudar e pesquisar a Saúde da Mulher sob uma perspectiva não apenas médica, mas também social, cultural e econômica. Foi assim que em 1990 se iniciou o atual Programa de Estudos Integrados em Gênero e Saúde e que ganha o nome fantasia de “MUSA” por na época remeter as mulheres que gostavam de artes e ciências.

O MUSA surgiu sob a forte influência do movimento feminista e do chamado movimento Women’s Studies (Estados Unidos), que representou o grande impulso dos estudos de saúde da mulher ocorrido na década de 90. Os estudos acadêmicos sobre as mulheres surgiram “para conferir visibilidade para as problemáticas sociais e culturais que vivenciavam o gênero”, como relata Greice, que exemplifica o próprio campo científico onde foi questionada a crença na “ciência neutra” e explicitado o sexismo existente nas produções científicas em diversas áreas de conhecimento. O grupo inicial do MUSA, instalado na Faculdade de Medicina da UFBA, funcionava no departamento de Ação Preventiva e também sofreu o que Greice considera uma espécie de “estranheza” dos colegas da unidade:

É importante registrar que houve uma estranheza dos colegas do antigo departamento, a respeito do grupo de mulheres, nada muito agressivo, mas brincadeiras que desqualificavam, como apelidos de “clube da luluzinha”, de “as meninas”, tem uma forma muito sutil de querer mostrar que não éramos tão serias. (MENEZES, agosto 2007)

Quando o Instituto de Saúde Coletiva é formado e adota como referência para o seu funcionamento o trabalho do MUSA, o programa garante um maior respeito entre os

pesquisadores, como narra Greice : “com a criação do Instituto, mais do que ganhamos visibilidade, nós passamos a ser um exemplo daquilo que o Instituto queria criar e a partir daí vários outros grupos foram criados, o PISAR (Programa de Saúde do Trabalhador), grupos de Doenças Infecciosas, entre muitos outros”.

Ao longo do tempo, o MUSA foi ampliando sua abordagem para questões referentes ao gênero, e não mais apenas sobre a mulher, o que garantiu a mudança de Estudos sobre Mulher e Saúde para Estudos sobre Gênero e Saúde. A preocupação é como as representações e realidades sócio-culturais e econômicas que regem as relações entre homens e mulheres, desde no mercado de trabalho até na constituição familiar, nos contextos de trabalho doméstico, nas diferenças salariais, acabam por interferir na saúde, no bem-estar social. Cabe lembrar que para o MUSA a concepção de saúde está além de um estado corporal biológico e que ao contrário, esse seria um dos reflexos de um problema muito mais profundo, que encontra sua origem nas condições de vida da população:

Não só o MUSA como todo o instituto compartilha essa visão da saúde tal como está na constituição brasileira, a saúde como uma expressão dessas condições de vida, de um forma geral. Um ponto da questão hoje é que a gente ainda trabalha com a saúde numa perspectiva da medicina, da doença e da morte. Então quando se quer avaliar o estado da saúde de uma população, trabalha-se com os dados de mortalidade, mas sabendo que isso são expressões de algo que a resposta não está na saúde, mas na sociedade, na forma como as pessoas vivem, trabalham, e recursos que inclusive poderiam recuperar sua saúde ou mantê-la.

Greice critica ainda sobre a forma como o campo da saúde tem eliminado as diferenças entre gênero nos seus estudos e pesquisas:

O campo da saúde normalmente têm naturalizado as diferenças entre os gêneros e dentro de um instituto de saúde coletiva cabe desnaturalizar essas diferenças e entender de forma multidisciplinar (ciências humanas, antropologia, demografia) como é que esse processos sócio- culturais de significação do masculino e feminino tem impacto sobre a forma de adoecer e de morrer entre homens e mulheres. (MENEZES, agosto 2007)

É sob essas concepções de saúde e gênero que o MUSA desenvolve nas suas pesquisas importantes resultados de aplicação social. Segue no próximo ponto o exemplo do Projeto TESE e a colaboração de suas avaliações nos diversos setores sociais.

4.3- Importância Social do MUSA: exemplo do Projeto TESE

O TESE foi o primeiro grande projeto do programa que tinha como linha de pesquisa as relações entre Mulher, Trabalho e Saúde (na época ainda se trabalhava apenas com as questões das mulheres). O interesse por essa pesquisa surgiu pela avaliação de que esse era um tema (naquela época e ainda hoje) com pouquíssima visibilidade nas produções sobre gênero e saúde. As problemáticas questionavam sobre quais os trabalhos as mulheres estão e em que condições, o que define o trabalho das mulheres, qual a situação do trabalho doméstico, da dupla jornada, enfim, uma busca para entender as diferenças entre o trabalho da mulher e o do homem, e como essas realidades interferem na saúde. Greice explica que, por exemplo, os homens quando chegam do trabalho descansam, enquanto a maioria das mulheres está engajada com o trabalho doméstico, e “ao chegar em casa realizam uma outra jornada de trabalho, que as vezes é tão ou mais cansativa que o trabalho profissional”. A maioria das mulheres tem como desafio conseguir conciliar trabalho, família e carreira.

A metodologia da pesquisa consistiu, de forma geral, em trabalhar com um grupo profissional majoritariamente feminino e avaliar sobre as condições de vida desse grupo. Foi, então, escolhido as enfermeiras e auxiliares de enfermagem de um grande hospital Salvador, onde foram realizados um inquérito com entrevista e questionário com 500 mulheres (entre enfermeiras e auxiliares). O projeto demonstrou como o contexto social de vida dessas mulheres implica em várias problemáticas de saúde, tanto emocional, como o estresse, quanto às repercussões deste nos desregulamentos cardiovasculares, na hipertensão entre outras doenças. Os resultados do projeto TESE tiveram forte interlocução com os sindicatos das trabalhadoras do serviço público de saúde e todos os dados apoiaram as campanhas de trabalho e saúde. Também foi divulgado nas unidades que as pesquisadoras trabalhavam, nos sindicatos, movimento das mulheres e muitos outros espaços sociais.

As pesquisas do MUSA garantem resultados de essenciais contribuições para o incentivo de ações políticas, para a orientação de campanhas e formação de conselhos ou instituições governamentais criadas especialmente para gerir ações que solucionem os problemas apontados pela pesquisa e servir como base informativa dos sindicatos e

representantes das comunidades, agindo na formação educacional e crítica para fundamentar suas lutas, reivindicações e objetivos dos movimentos sociais. Isso confere a grande importância de seus resultados em saúde pública terem divulgação jornalística e alcancarem o debate público.

4.4 - Relação MUSA e Mídia: a visão dos conflitos sob a ótica do pesquisador

O MUSA enfrenta sérios problemas na relação comunicacional com a mídia. Por um lado há um despreparo do programa para disponibilização de suas informações para a mídia, através de uma assessoria de comunicação, agência de notícias, boletins eletrônicos, produtos como jornais informativos e site atualizado. O outro lado se refere, principalmente, ao trabalho de divulgação jornalística de suas pesquisas e aí revelam-se mais dois pontos: o primeiro diz respeito à cultura jornalística e sua rotina, e o segundo a cultura e rotina dos próprios pesquisadores do MUSA.

O programa não conta com uma equipe de assessoria de comunicação, o que já é um sério obstáculo no acesso de suas informações aos jornalistas. A assessoria de comunicação possibilita a criação de materiais informativos elaborados de forma a atender aos interesses de divulgação segura das pesquisas do MUSA (adequando a linguagem para entendimento mais acessível e orientando aos jornalistas outras fontes como sites relacionados e eventos onde se discutam questões relevantes da pesquisa), assim como, aos critérios de noticiabilidade dos jornalistas (os dados mais importantes para o jornalismo e as questões de maior atenção social). Iniciativas como releases acontecem esporadicamente quando o programa vai realizar algum evento, como congressos, conferências, palestras etc. Mesmo a assessoria de comunicação da UFBA, que por sua vez, conta com diversos problemas de funcionamento, também não há suficiente busca de divulgação pelo MUSA. Não há disponibilização de arquivos com outras matérias já publicadas, que poderiam servir como fonte informativa dos jornalistas para acompanharem os processos de divulgação das pesquisas, e o próprio site está desatualizado.

A ausência de uma assessoria de comunicação também reflete no despreparo dos pesquisadores em saberem como dialogar com os jornalistas, “traduzindo” o discurso

científico para uma linguagem acessível ao entendimento público. Afinal, mesmo um jornalista especializado em divulgação científica, certos tipos de comparações estatísticas, processos e termos científicos não lhes são compreensíveis. Cabe ao cientista selecionar do montante de dados e informações recolhidas, aquelas que de fato são necessárias para uma divulgação pública, e transmiti-las ao jornalista de forma clara, auxiliando com exemplos e fornecendo fontes como cartilhas, folders, artigos, sites, que o ajudem no entendimento do tema.

[...] a minha avaliação é que existe uma relação na divulgação de nossas pesquisas, que a gente tem muita vontade que aconteça, não só na mídia como no movimento social, para os atores sociais e que nossos dados possam apoiar e instrumentalizar essa luta, eu acho que existe por parte da relação com a mídia é exatamente um desconhecimento sobre o que se tá trabalhando. Essa é uma coisa, a segunda coisa é que mais do que essa pouca intimidade dos jornalistas com os temas que eles estão trabalhando, eu acho que existe também da nossa parte um pouco preparo pra que a gente pudesse trabalhar nossos dados de uma forma objetiva, para que os dados sejam melhores compreendidos pela mídia. No inicial quando eu falava de Mortalidade Materna eu dizia “Salvador tem uma taxa de mortalidade materna muito alta, 134 óbitos por 100 mil nascidos vivos”, esse número pro jornalista, ainda que eles gostem de números, fica difícil deles avaliarem. Então quando eu dizia que nossa taxa era 100 vezes maior que nos países desenvolvidos, contempla a informação de forma acessível. Então a gente precisa aprender a transformar esse montante de dados que nós temos, e que as vezes quando a gente trabalha o assunto tudo nos interessa, e filtrar não só o tipo de informação que interessa ao jornalista, como a forma que deve ser passada. Então estou fazendo uma critica ao jornalista, mas também uma auto-critica a nós pesquisadores. (MENEZES, agosto 2007)

O outro lado revela por sua vez um jornalismo também desqualificado nas suas divulgações científicas distorcendo as declarações dos pesquisadores quando usados como fonte. Greice aponta três grandes problemas da rotina e cultura jornalística que para ela refletem diretamente na qualidade das matérias: a falta de especialização profissional na divulgação científica, a espetacularização das noticiais e a deturpação dos fatos em prol de interesses externos.

[...]temos dificuldade de identificar na mídia fontes qualificadas de informação porque concretamente varias vezes o que a gente fala sai de uma forma equivocada, ou existe casos de má fê. A maioria dos casos é só uma coisa de entendimento, porque às vezes o jornalista quer fazer uma matéria sem ter lido antes sobre o tema. Então eu disse que o aborto é a primeira causa de morte materna e sempre que se fala em aborto tem que falar com muita responsabilidade porque é um tema onde há discussão política de grupos contrários e a favor do aborto e que estão atentos às informações. Então sai no jornal, a professora diz que Aborto é a Primeira causa de Morte entre as Mulheres, quando a primeira causa de morte entre as mulheres é a doença do coração. Ai o jornalista diz: “não, a gente compreendeu mal”. Ai

eu digo: “Você entendeu mal, mas alguém que é a favor do aborto vai dizer “olha, ela tá exagerando, tá dizendo que é a primeira causa de morte contra a mulher, quando não é”. Quando na verdade, em número absoluto, morrem muito poucas mulheres de aborto em relação as que morrem de doença do coração. Então esse é um exemplo de algo que é um ruído de comunicação devido a pouca proximidade dos jornalistas com aquilo que eles estão querendo divulgar, mas que tem repercussões políticas. (MENEZES, agosto 2007)

A pesquisadora observa também que o jornalismo local tem uma participação “espamódica” nas buscas por entrevistas e divulgação de dados e informações do MUSA, procurando o programa em datas comemorativas como o 8 de março (Dia Internacional da Mulher), 28 de maio (Redução da Mortalidade Materna), 28 de setembro (Dia de Luta pela Discriminação do Aborto): “não há uma regularidade de espaços em determinados veículos que tratem das questões da saúde pública”- diz Greice. Para a pesquisadora a relação com o jornalismo nacional demonstrou maior qualificação devido uma formação profissional jornalística especializada nos temas.

Para analisar concretamente a relação entre o MUSA e o jornalismo impresso local, será verificado as matérias do jornal A Tarde, no ano de 2007, relativos ao tema Morbimortalidade Materna e Aborto que é uma das linhas de pesquisa do programa reconhecida como a mais procurada nas apurações do jornalismo local.

4.5 Morbimortalidade Materna e Aborto

A linha de Morbimortalidade Materna e Aborto começa em 1993 quando uma médica espanhola chamada Glória Compte faz uma dissertação de mestrado orientada por Estela Aquino (pesquisadora permanente do MUSA e atual coordenadora do programa) sobre o tema Mortalidade Materna em Salvador. A tese de Glória foi pioneira no estudo sob esse tema em Salvador e atendia as expectativas do MUSA em dois importantes aspectos: primeiro por abordar problemáticas tradicionais da saúde da mulher, dentre elas a mortalidade materna, e segundo, porque na perspectiva da abordagem teórica de gênero, viabilizava exatamente temas que a ciência comum ou tradicional não dava conta.

A morte materna é o conceito que das OMS (Organização Mundial da Saúde) que define como a morte de uma mulher durante a gravidez, o aborto e pós-parto precoce (até 42 dias) ou tardio (a partir de 42 dias até 1 ano). A morte materna devido pós-parto tardio é um conceito ampliado porque, com os avanços da tecnologia, se percebeu que as mulheres permaneciam com problemas e morriam meses depois devido conseqüências do parto, aborto ou gravidez, ou seja, mulheres grávidas que estavam em circunstância de óbito.

O estudo sobre mortalidade materna é de grande importância, pois se trata de um indicador de saúde. Segundo dados do MUSA, a cada um minuto, uma mulher morre no mundo por causa de complicações relacionadas à gravidez ou ao parto e 99% dos casos correspondem aos países subdesenvolvidos. Cerca de um milhão de crianças ficam órfãs a cada ano devido à morte materna. O mais preocupante é que 90% das mortes maternas são possivelmente evitáveis.

Por ser um evento subnotificado pelos médicos, a morte materna passou também a ser denominada de epidemia silenciosa:

Os médicos não preenchem corretamente a declaração de óbito. Então quando uma mulher morre e que se preenche uma declaração de óbito no hospital o médico omite ou não registra que a mulher estava grávida, ou mesmo, a causa que desencadeou todo o processo que levou a morte. Por exemplo, ele registra que a mulher morreu de infecção generalizada, mas não coloca lá na primeira causa original, a complicação do aborto. Ele registra a convulsão e não coloca a hipertensão piorada durante a gravidez. [...] Por que ele não coloca? Porque não foi treinado para isso, nas faculdades de medicina não se ensina a preencher uma declaração de óbito, o medico aprende depois que se forma, e faz o que aprendeu errado do colega e por ai a diante. (MENEZES, agosto 2007)

O Brasil tem taxas muito elevadas de ocorrências do caso, não apenas em relação aos países desenvolvidos, como também, aos de economia similar à brasileira: “enquanto uma mulher morre de morte materna na Europa, aqui morrem cem”, alerta Greice.

Trata-se de uma situação diretamente vinculada as péssimas condições sociais da maioria da população e aos problemas dos serviços de saúde. A morte materna atinge mulheres jovens em plena faixa etária produtiva e reprodutiva e no Brasil são basicamente quatro causas implicadas: o aborto, os transtornos hipertensivos

complicados pela gravidez, as hemorragias e as infecções. Greice ressalta que as quatro causas seriam plenamente resolvidas, não com tecnologias sofisticadas, mas com ações e medidas muito simples, tais como: assegurar as mulheres atenção com o pré-natal, orientá-las para que façam as consultas preconizadas, cuidados com avaliação e identificação durante a gestação, encaminhamentos para serviços de saúde mais especializados quando a gravidez for de risco, acesso aos atendimentos hospitalares durante o parto (nesse momento muitas peregrinam de hospital em hospital na busca de atendimento) e por fim, acesso as assistências de qualidade também no pós-parto.

No caso do aborto que no Brasil é uma prática ilegal, muitas mulheres comentem de forma insegura, com profissionais desqualificados e em ambientes de condições sanitárias mínimas em relação aos padrões exigidos, e ainda sofrem com má qualidade de atendimento quanto a falta de atenção hospitalar ao tratar das conseqüências do ato abortivo feito irregularmente. “A questão da mortalidade materna, ainda que seja uma questão obstétrica, é um problema social, porque o que a produz são as condições sociais das mulheres”, explica Greice. Mulheres jovens que engravidam e não contam com o apoio do parceiro, e na maioria dos casos, se tratam de mulheres pobres, que não tem condições de ter uma boa alimentação. A mortalidade materna e aborto, portanto, sobre tudo exige uma abordagem interdisciplinar. “Uma questão que reflete a desigualdade social, tanto em termos das condições de vida, quanto de acesso ao serviço de saúde (pouco ou tardio de forma não qualificada)”- avalia a pesquisadora.

Segundo Greice, as Conferências de Ministros na América Latina, Conferência Internacional do Cairo, Conferência Internacional das Mulheres em Pequim, realizadas na década de 90, foram compromissos sociais onde se reconheceu a morte materna como questão de medida de saúde pública e a saúde materna tornou-se um dos compromissos das oito metas do milênio em se reduzir 2/3 da mortalidade materna até 2015.

Quanto ao processo metodológico do estudo, o Ramos é considerado padrão ouro para a investigação de um conjunto maior de óbitos, Greice explica seu funcionamento prático:

Então primeiro a gente investiga todos os óbitos de mulheres que poderiam estar grávidas, ou seja, mulheres de 10 à 49 anos, que é a idade fértil/reprodutiva, e ai através da complementação e confrontação de diferentes pontos de avaliação, a gente vai vendo se há uma causa materna que não foi registrada na declaração de óbito. (MENEZES, agosto 2007)

Os resultados do trabalho de Glória Compte primeiro demonstraram que a cidade tem uma altíssima taxa de mortalidade materna.

A taxa oficial que a secretaria de saúde dizia na época, era na verdade, muito menor do que a que Glória encontrou entrevistando os familiares, indo nos prontuários e pegando as declarações de óbito das mulheres que morreram em Salvador de 1 de janeiro de 1993 até 1 de dezembro de 1993. A taxa foi pra 134 óbitos por 100 mil nascidos vivos, um resultado muito maior do que os vinte óbitos considerados aceitáveis pela OMS. (MENEZES, agosto 2007)

O segundo resultado era que a maioria das mulheres eram pobres, negras, pouco escolarizadas, jovens, um quinto delas eram adolescente e moravam nos subúrbios ferroviários, e bairros mais pobres. O terceiro dado foi que o aborto (terceira causa de morte materna no Brasil e a segunda em Recife) era a primeira causa de mortalidade materna na cidade soteropolitana. Glória conclui que a cada 5 dias morria uma mulher por mortalidade materna e que a primeira causa era o aborto, entre as mulheres jovens, e segunda causa entre adolescentes. Essas mortes aconteciam em hospitais, mostrando que existe uma dificuldade nos serviços de saúde nas etapas do pré-natal, assistência ao parto, pós - parto e tratamento das conseqüências do aborto realizado inadequadamente.

Nessa época a secretaria de Saúde, direcionada por Eduardo Mota, um pesquisador da área de saúde coletiva e que tem uma trajetória de estudo sobre mortalidade materna, tem atenção aos resultados e cria o Comitê Municipal de Morte Materna:

Antes mesmo de conhecer a tese, ele já acata esse movimento que começa a surgir no nível federal, de pensar a morte materna como um problema de saúde. Eduardo constitui como instância assessora do conselho municipal de saúde o Comitê Municipal de Morte Materna. Esse comitê são estratégias que surgiram na Inglaterra há muitos anos para analisar as mortes de mulheres em idade fértil, identificar as causas maternas, e identificando o que aconteceu para que aquela morte ocorresse e que se pode fazer pra que não ocorram mais. Quando o comitê é formado são chamados vários membros, porque é um comitê interinstitucional, multiprofissional e que tem representação da sociedade civil, e uma representação das instituições de saúde, (sociedade civil: tanto conselhos regionais de medicina, enfermagem, fórum de mulheres). O MUSA sempre teve uma articulação muito grande com o movimento das mulheres e feministas. Sou do fórum de mulheres e fui indicada para participar do comitê de morte materna e Glória de forma generosa doou a tese dela para o comitê e doarmos as recomendações dela para o comitê. (MENEZES, agosto 2007)

O projeto foi divulgado publicamente em lugares como associações de bairros do subúrbio ferroviário, grupo de mulheres, o movimento feminista, a câmara municipal, faculdades de medicina e diferentes fóruns. Foi criado o comitê de apresentações na Câmara Municipal de Salvador, e nas datas comemorativas: “a tese de Glória era um produto acadêmico sendo completamente utilizado e divulgado naquilo que a gente acha ser uma função da academia, transmitir o conhecimento e na área da saúde, torná-lo aplicado.”- relata Greice.

Mas recentemente estou no comitê estadual e continuamos a militância nessa área de mortalidade materna e tudo desdobramento dessa pesquisa, que levou a gente de um lado a investir no monitoramento da morte materna em Salvador e toda nossa inserção nessas instâncias técnicas, fóruns e entidades para aplicar ações. (MENEZES, agosto 2007)

O problema, no entanto, foi deparado em relação à divulgação da pesquisa na mídia:

Já a divulgação da mídia é uma relação muito precária porque a gente demorou a entender que a relação da mídia exige um outro tipo de linguagem e abordagem diferente da acadêmica. Nem todo mundo que faz pesquisa pode estar na mídia, a gente precisa se preparar pra mídia, um tratamento específico do conteúdo para a mídia. [...] Por outro lado, aqui na Bahia a gente não vê jornalistas que se dediquem a esse campo disciplinar ou tema. Você tem iniciativas pontuais e isoladas que se acumulam nas datas comemorativas. A gente conversa, disponibiliza material, mas o que se percebe são pessoas que não se prepararam para abordar o assunto. Outra questão são as lógicas diferentes, a mídia quer dados e dados que se insiram em matérias prontas e não a matéria interagir com os dados e ser outro produto. A mídia precisa estar em construção e especialização de determinados profissionais em certos temas. (MENEZES, agosto 2007)

Greice ressalta ainda que quando não se trata de um tema de interesse, ou valor-notícia do jornal, as matérias acabam sendo episódicas e com o conteúdo muito mais espetacular do que informativo: “as matérias são frágeis e fracas. Às vezes pega-se um fecho da matéria e descontextualiza para acentuar o tom sensacionalista e não busca se aprofundar no porque o pesquisador afirmou aquilo”, comenta a pesquisadora.

4.6 Análise das matérias do Jornal A Tarde sobre Mortalidade Materna e Aborto

4.6.1 Resultados Quantitativos

a) O gênero jornalístico predominante.

No período de 01 de janeiro de 2007 à 26 de novembro de 2007 foram encontrados apenas treze textos do jornal impresso sobre o tema: duas notas, dois textos opinativos, três notícias factuais e seis reportagens.

NOTAS	NOTÍCIAS	REPORTAGENS	OPINATIVOS
2	3	6	2

As notas são divulgações de eventos, encontros ou congressos relacionados à discussão sobre mortalidade materna. Os dois textos opinativos se referem a discussões pessoais de posicionamento político sobre o tema. As notícias são matérias factuais referentes a acontecimentos do dia ou semana da edição. Ao menos que seja um fato considerado de grande atenção pública (como os desastres), as notícias não são muito aprofundadas e deve se referir basicamente aos principais dados sobre o fato, o que chamamos de lead da matérias: o que, quando, onde, quem e o porquê. Outras informações além dessas podem ser suprimidas para permitir espaço a outras matérias de maior valor-notícia para o jornal.

Já as reportagens são matérias que podem ser ou não factuais, mas têm maior espaço de abordagem concedido pelo jornal. Na análise realizada, o tema mortalidade materna foi mais discutido pelo gênero reportagem, possibilitando espaço de maior aprofundamento sobre o assunto, esclarecimento de informações (como conceitos e causas da mortalidade materna) e apuração mais diversificada das fontes. Outros fatores, no entanto, influenciam diretamente na abordagem mais cuidadosa sobre o tema, tais como a qualificação jornalística em saúde, a relação com as fontes de informação e a rotina produtiva do jornal.

b) Editorias em que estão mais presentes

Os textos se encontravam na editoria Opinião (os dois textos opinativos), Salvador (9) e Brasil (2). Na editoria Salvador estão presentes as duas notas, duas notícias e cinco reportagens, todas da redação do A Tarde. Já na editoria Brasil uma trata-se de notícia

“*Pacote do Governo tem Pílula R\$ 0,40*”, e a outra uma matéria, “*Discriminalização do Aborto ajuda à mulher*”, ambas provenientes de agência de São Paulo.

GÊNERO	SALVADOR	BRASIL
Notas	2	-
Reportagem	5	1
Noticias	2	1
Opinativos	2	

Além das editorias algumas matérias trazem tópicos que classificam a área do assunto, por exemplo, nas reportagens e notícias foram encontrados os seguintes tópicos: *saúde, aborto, reprodução humana, risco de gestação, caminhos da infância e planejamento familiar*. Apenas duas matérias são classificadas em *Saúde*, sendo que uma trata-se de uma página inteira dedicada ao tema. A maioria das matérias foi classificada no tópico *Caminhos da Infância*.

Aborto Total= 1	Risco de Gestação Total= 1	Reprodução Humana Total=1	Planejamento Familiar Total =1	Saúde Total =2	Caminhos da Infância Total =3
Mulheres fazem vigília contra a morte materna	Mortalidade Materna aumenta	A descriminalização do Aborto ajuda à Mulher	Anticoncepcional por R\$ 0,40	Mortalidade materna será alvo de fiscalização	Pré- Natal é feito com negligência
-	-	-	-	Aborto é a principal causa de morte materna em ssa	Leito de UTI Neonatal são insuficientes
-	-	-	-	-	Índice piorou em SSA entre 2004 e 2006

Esse resultado demonstra uma falta de definição na política editorial do jornal ao tratar dos temas relativos à mortalidade materna, o que lembra Costa (2007, p.63) no exame do

caso do Observatório ao se referir a ausência de concepção do lugar de ciência no jornal, o mesmo se percebe com os assuntos relacionados à saúde. Isso ainda revela a pouca atenção e cuidado da política editorial do jornal em possibilitar um espaço destinado aos temas da área de saúde, e mesmo, uma determinação sobre que temas de fato se enquadram na discussão em saúde.

c) Tema central, tema secundário

Esse tópico diz respeito a quando o assunto mortalidade materna e aborto aparece como tema principal ou como secundário. O tema principal é apresentado no lead da reportagem e notícia, ou seja, é justamente “sobre o que” a matéria trata. As demais informações são exatamente os temas secundários que são desenvolvidos por estarem relacionados ao tema principal.

Das duas notas, uma se refere à comemoração do Dia da Luta pela Redução da Mortalidade Materna (27 de maio de 2007) e a outra a integração do Fórum de Comunitário de Combate à Violência na Comissão de Monitoramento e Avaliação da Implementação do Pacto Estadual pela redução da Mortalidade Materna e Neonatal.

Os dois textos opinativos têm como tema a discussão política sobre a descriminalização do aborto como uma ação de saúde pública e combate a mortalidade materna. A “mortalidade materna e aborto” aparece em duas reportagens, “Descriminalização do Aborto ajuda à mulher” (17 de junho) e “*Aborto é a principal causa de mortalidade materna em Salvador*”, e uma notícia factual, “Pacote do Governo tem pílula à R\$ 0,40” (29 de maio).

Já a mortalidade materna como tema central e o aborto um tema secundário tratado por ser uma de suas causas, aparece em notícia factual, “Mulheres fazem vigília contra a mortalidade materna” (30 de maio), e em uma matéria rapidamente ao citar as principais causas de morte materna, “Morte Materna Aumenta” (28 de maio).

Em três matérias a mortalidade materna é citada no tema sobre as condições das maternidades em Salvador (as altas taxas de morte dos recém-nascidos) e o pré-natal feito de forma negligente. Em uma notícia factual o tema é discutido devido à

subnotificação dos casos o que tem contribuído para a lenta redução das taxas que não atende aos índices exigidos no Pacto Internacional de Redução a Mortalidade Materna.

Tema central	<u>Mortalidade Materna</u>	<u>Mortalidade Materna e Aborto</u>	<u>Neonatal e Pré-Natal</u>	<u>Pacto Internacional</u>
Total de textos (notas, notícias e matérias)	2 (notas)	7	3	1

Como se percebe pelos dados quantitativos, no período de onze meses, ou seja, uma média em torno de 330 edições do jornal A Tarde avaliadas nessa pesquisa, apenas em onze matérias e duas notas a mortalidade materna é citada e somente em sete o tema mortalidade materna e aborto é desenvolvido.

d) Divulgação nas datas comemorativas

As datas comemorativas 8 de março (Dia Internacional da Mulher), 28 de maio (Dia de Luta pela Redução da Mortalidade Materna), 28 de setembro (Dia de Luta pela Descriminalização do aborto), foram apontadas pela pesquisadoras Greice Menezes como as datas que o MUSA é mais procurado como fonte informativa sobre Mortalidade Materna.

No ano de 2007, nas datas comemorativas em questão, foram encontradas matérias sobre mortalidade materna apenas no dia 28 e suas datas próximas: 24/05, 25/05, 27/05, 29/05 e 30/05. O total foi de seis matérias e uma nota. No dia 24/05 foram publicadas duas reportagens: *Índice piorou em Salvador* e *Leitos de UTI Neonatal são insuficientes*, ambas têm como tema central o alto índice de mortalidade neonatal em Salvador, os problemas sociais locais implicados nesse resultado e relaciona diretamente a morte de recém-nascidos com a falta de atendimento adequado às mulheres em situação de parto de risco, o que implica também na elevada taxa de morte materna na cidade. A primeira matéria divide o texto com um tópico chamado de “Materna”, só para explicar essa relação.

O dia 25 de maio trás dessa vez o atendimento desqualificado no pré-natal, abordando suas conseqüências nas taxas de mortalidade neonatal e materna. No dia 27 sai uma nota de divulgação sobre as comemorações no Dia de Luta pela Redução da Mortalidade Materna e no dia 28, a data comemorativa, a matéria divulgada tem como temática central a mortalidade materna, apontando todas as suas causas, inclusive o aborto feito inadequadamente e contextualizado a realidade nacional e local. *Pacote do governo tem pílula à R\$ 0,40 e Mortalidade Materna será alvo de fiscalização* são matérias divulgadas no dia 28 de maio, a primeira relacionando a importância da redução do anticoncepcional para evitar gravidez indesejada e conseqüentemente o aborto realizado em condições inadequadas, citando ser esse, uma das principais causas de mortalidade materna. A segunda matéria refere-se principalmente a implantação do pacto estadual para redução da mortalidade materna e neonatal. Greice é uma das fontes que comenta sobre a criação da comissão de monitoramento e avaliação da implantação desse pacto na Bahia. Por fim, no dia 30 é publicada a notícia *Mulheres fazem vigília contra a morte materna* que divulga o ato do movimento feminista para a redução da mortalidade materna devido principalmente o aborto inadequado.

<u>Dia Internacional da Mulher</u> 8 de março	<u>Redução da Mortalidade</u> <u>Materna</u> 28 de maio	<u>Dia de Luta pela</u> <u>Discriminização do Aborto</u> 28 de setembro
0	1	0

<u>24/05</u>	<u>25/05</u>	<u>27/05</u>	<u>28/05</u>	<u>29/05</u>	<u>30/05</u>
Leitos de UTI Neonatal são insuficientes	Pré- Natal é feito com Negligência	Dia de luta pela Redução da Mortalidade Materna será comemorado amanhã	Mortalidade Materna Aumenta	Mortalidade Materna será alvo de fiscalização	Mulheres fazem vigília contra a morte materna
Índice Piorou em Salvador				Pacote do Governo tem pílula à R\$ 0,40	

Dos treze textos, oito foram publicados na semana da comemoração do Dia de Luta pela Redução da Mortalidade Materna, o que confirma uma maior concentração no ano de 2007 de divulgação sobre o tema nessa data comemorativa. Mas em nenhuma dessas datas o MUSA foi utilizado como fonte de informação. No dia 8 de março não houve matéria na área de saúde da mulher, assim como no dia 28 de setembro não há abordagem sobre a temática do aborto e as matérias em saúde se referem a doação de órgãos.

e) Número de fontes e a presença do MUSA como fonte

Verificou-se quantas fontes foram usadas em cada notícia e reportagem, quais as procedências e em qual delas o MUSA foi citado. A reportagem especial que ocupou uma página inteira, *Aborto é a principal causa de Mortalidade Materna na Bahia*, foi a que teve mais fontes, o total de seis, e com maior diversidade de procedência das mesmas: a única com a presença de uma fonte da antropologia e outra da sociologia, assim como, a única que citou o MUSA e sua pesquisa sobre o tema.

A maioria das matérias teve apenas uma e duas fontes. O uso de fontes locais também prevaleceu, presente no total de seis matérias. Quanto a proveniências das fontes locais, predominou-se o uso de profissionais da área médica, recorridos em quatro matérias.

Nº DE FONTES	MATÉRIAS
1	3
2	3
3	2
Mais de 3	1

Proveniência das Fontes	<u>Fontes locais</u>	<u>Fontes nacionais</u>	<u>Dados institucionais Nacional e Mundial</u>	<u>Musa</u>
Nº de matérias	6	2	5	1

Proveniência das	Médico	Antropólogo	Sociólogo	Relato Popular	Movimento
------------------	--------	-------------	-----------	----------------	-----------

Fontes					Feminista
Nº de matérias	4	1	1	3	2

Proveniência das Fontes	Comitê Estadual de Combate à Morte Materna	Comitê Nacional De Combate à Morte Materna	Secretaria de Saúde Pública do Estado (Sesab)	Secretaria Municipal de Saúde (SMS)
Nº de matérias	3	1	2	1

O resultado confirma a esperada pouca diversidade de fontes e uma supervalorização do discurso médico sobre a problemática da mortalidade materna. Isso reflete diretamente sobre o ponto das concepções em saúde, doença e cura dos profissionais do jornal A Tarde que será tratada na análise qualitativa.

f) Uso de fotos, infográficos, chamada na capa e localização na página

O uso de foto, infográficos, chamada na capa e uma boa localização na página são elementos muito importantes no jornalismo e que dizem respeito ao critério de noticiabilidade dado à matéria, ou seja, o quanto para a política editorial do impresso aquela matéria tem atenção pública, assim como, o interesse da empresa na divulgação do tema. A localização na página, por exemplo, concede maior ou menos visibilidade na matéria. A parte inferior do lado esquerdo do jornal é considerada como a região que o leitor observa por último ao olhar a página. As matérias localizadas na parte superior da página são as de maior destaque e a parte inferior à direita é a segunda região de maior visibilidade.

Quanto ao uso de infográficos é uma iniciativa que facilita para o leitor a compreensão dos dados estatísticos utilizados na divulgação, e nesse caso, atende a uma ação fundamental na área de jornalismo científico em saúde: a linguagem acessível para o público-leigo. Os infográficos encontrados nas matérias atendem a esse objetivo por sua construção fácil e simples na exposição numérica e gráfica dos dados.

As fotos são também elementos que não somente chamam a atenção do leitor, como comunicam sobre o tema que está sendo tratado. Na matéria *Mortalidade Materna será alvo de fiscalização*, localizada na parte superior e central da página (zona de maior visibilidade), é utilizada uma foto colorida com pessoas sentadas envolta de uma mesa com papéis e pastas, e uma delas, um homem de terno, está com um microfone na mão. Logo abaixo da foto, a legenda confirma a primeira impressão do leitor de que algo, possivelmente institucional como indica o título da matéria, está sendo discutido ali: “a comissão vai contar com o apoio do trabalho feito pelos comitês de investigação da mortalidade materna”. Esse tipo de foto funciona como um sentido de comprovação do fato mencionado na matéria, ou seja, de que realmente foi decidida a criação de comissão de investigação para redução da mortalidade materna.

Já a reportagem *Mortalidade Materna Aumenta*, divulgada no dia 28 de maio (data comemorativa do combate a morte materna), localizada na parte direita inferior do jornal, trás uma foto em preto e branco da barriga de uma mulher grávida. Sem dúvida trata-se de um efeito emocional, mais do que informativo, para sensibilizar o leitor sobre a situação da mortalidade materna na Bahia.

A maioria das matérias localizava-se na região superior da página, todas essas com fotos e duas delas com o infográfico. No dia 28 de maio, que teoricamente a matéria deveria estar na região de maior visibilidade para o leitor, o texto localizava-se na região menos visível na leitura corrida. Na parte superior foi escolhida a matéria “*Detentas libertadas na festa do divino*”, considerada pelo jornal como de maior noticiabilidade do que “*Mortalidade Materna aumenta*”, identificada pelo tópico “risco de gestação” da página 9. No tópico “saúde” foi selecionada a matéria “*Anemia atinge 75% dos doentes renais no País*”, com foto colorida e localizada na região superior da página 8. Sem dúvida, também por critérios de valor-notícia da política editorial, essa matéria chamaria mais atenção dos leitores interessados em saúde do que o tema sobre mortalidade materna.

Quanto a chamada na capa, apenas a matéria do dia 18 de abril, “*Aborto é a principal causa de morte materna em SSA*”, garantiu espaço de uma página e chamada na capa do jornal.

chamada na capa	infográfico	c/ foto parte		s/ foto parte
-----------------	-------------	---------------	--	---------------

		superior	c/ foto parte inferior	inferior esquerda
1	2	6	2	1

Esses dados mostram que a maioria das matérias analisadas encontra-se na região da página de maior visibilidade e com o uso de fotografia, o que chama ainda mais a atenção do leitor. No entanto, deveria haver mais uso de infográficos, afinal, como foi mostrado no tópico anterior, ao todo cinco matérias utilizaram dados estatísticos provenientes de fontes de pesquisa nacional e internacional. Quanto a limitadíssima presença de chamada na capa sobre o tema, diz muito sobre a insuficiente relevância dada ao tema pela política editorial do impresso.

4.6.2 Resultados Qualitativos

a) Fontes e procedências

A maioria das matérias utilizou fontes locais e institucionais para uso de dados estatísticos ou mesmo declarações. No entanto, prevaleceu-se também matérias que apuraram apenas uma e duas fontes locais e o uso dados estatísticos básicos da OMS ou Ministério da Saúde (MS), o que demonstra limitada diversidade das fontes, que predominantemente recorrem ao discurso médico. É mais um exemplo de como o discurso da medicina funciona sobre a concepção dos jornalistas do A Tarde como a palavra da autoridade, e mesmo se tratando de um tema revelado, inclusive pelas matérias, como diretamente vinculado aos problemas sócio-econômicos do país, ainda sim, apenas em uma reportagem antropólogos e sociólogos tem espaço para expressão. Costa comenta esse resultado também alcançado na sua avaliação sobre o Observatório:

O Observatório perde aqui a oportunidade de ampliar o debate sobre a saúde, focando a visão de saúde da área médica, deixando de ouvir a opinião de profissionais de outros campos, como meio ambiente, sociologia, antropologia e, porque não, da engenharia? (COSTA, 2007, P. 83)

A pouca diversidade das fontes ainda é notável pela recorrência aos mesmos representantes institucionais como o vice – presidente do Comitê Estadual para o Pacto de Redução a Morte Materna e Neonatal , Carlos Menezes, e o coordenador nacional do Pacto de Redução da Mortalidade Materna. Essa situação reflete diretamente a problemática da rotina produtiva do jornalismo que o conduz a buscar as fontes de maior

acessibilidade, principalmente se tratando de jornalistas que não são disponíveis exclusivamente para a cobertura em saúde e tem que dar conta de outras pautas de diferentes editoriais. Márcia Costa expõe a declaração da Entrevistada B que refere-se exatamente a esse contexto:

[...] Eu faço a matérias para Cidade em um dia porque eu tenho o factual, a situação está acontecendo, eu tenho as fontes normalmente todas ali; quando não tem, eu ligo correndo. Agora, eu quero repercutir uma pesquisa com outras pessoas e não somente o autor daquilo ali, é difícil. Você liga para um, liga para outro, o pesquisador não quer falar, “ah, não posso agora”, tem a questão do ego. Hoje em dia o pesquisador tem muito medo de falar com a imprensa porque inúmeras coisas já foram deturpadas, eu entendo, mas isso tudo dificulta o trabalho (sic). (ENTREVISTADA B apud COSTA, 2007, p. 96)

Não à toa, o MUSA é citado apenas em uma reportagem especial sobre o tema. Não há dúvidas como a falta de uma assessoria de comunicação e de uma cultura entre seus pesquisadores em relacionar-se com a mídia interferem na dificuldade de acesso dos jornalistas aos seus dados e informações. Como Greice relata “é uma relação muito precária porque a gente demorou a entender que a relação da mídia exige um outro tipo de linguagem e abordagem diferente da acadêmica”, e é exatamente nesse ponto que estratégias de assessoria de comunicação permitiriam a seleção dos dados e o uso de linguagens adequadas nos materiais de divulgação para a imprensa.

b) Linguagem, definição de morte materna e exposição de suas causas

As matérias demonstram uma linguagem acessível, exceto pelos dados estatísticos. Há o uso freqüente de diversos dados numa mesma matéria e sob o padrão estatístico da OMS de número de morte por cada nascido vivo, que não é esclarecido em momento algum para o leitor. O que é numero de morte por cada nascido vivo? Por que não se facilita a linguagem descrevendo “a cada criança que nasce, ocorre x casos de morte materna? Além disso, apenas duas matérias usaram infográficos, que é um recurso essencial para uma matéria que expõe muitos dados e o leitor não consegue contextualizá-los ou mesmo visualizá-los. É o caso a matéria *Mortalidade Materna Aumenta*, publicada no Dia de Luta pela Redução da Mortalidade Materna (28 de maio). Logo no lead, o texto expõe quatro informações de dados estatísticos, todos na linguagem da OMS:

No Brasil, embora existam deficiências de registro e notificação, dados do Ministério da Saúde revelam que o índice varia de 70 a 110 mortes para cada 100 mil nascidos vivos, valor consideravelmente superior a dos países desenvolvidos em que essa taxa varia de 4 a 10 mortes para cada 100 mil. Hoje, no Dia Nacional pela Redução da Mortalidade Infantil, pode se perceber que quando se trata de evitar mortes ligadas à gravidez, o Brasil ainda tem inúmeras dificuldades para mudar o cenário. Na Bahia não é diferente. No ano de 2004, o índice foi de 68,7 óbitos por 100 mil nascidos vivos. Em série histórica da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (Sesab), as taxas de mortalidade para o Estado continuam elevadas – em torno de 64,7 óbitos por 100 mil nascidos vivos. (A TARDE, 28 de maio de 2007)

Outro problema grave nas matérias deve-se a pouca definição de Mortalidade Materna e o esclarecimento de suas causas. Entre matérias e notícias factuais, ao todo foram seis que não esclareceram sua definição. Há também uma fragmentação a respeito do esclarecimento de suas causas: em quatro matérias, apenas cita-se o aborto como causa e em cinco matérias nenhuma de suas causas são explicitadas. As matérias são esporádicas e ainda assim não retornam ao conceito de Mortalidade Materna e as suas principais causas. Ao todo, apenas em uma matéria, *Mortalidade Materna Aumenta*, tem-se sua definição e todas as causas esclarecidas. Para além de uma questão da rotina produtiva e a falta de tempo para apuração, a situação reflete claramente o despreparo jornalístico ao não ter conhecimentos básicos sobre o assunto a qual está tratando.

Mesmo a matéria especial na página inteira do dia 18 de abril, com o total de três blocos de texto sobre o aborto como principal causa de morte materna na Bahia, também não esclareceu o que é a mortalidade materna. Sem dúvida, foi a abordagem mais completa e a única que utilizou como fonte o MUSA. Foram utilizados infográficos e fotografia, a única com chamada na capa e maior diversidade de fontes, como antropólogos, sociólogos, médicos, institutos de pesquisa e representantes de instâncias governamentais e políticas. A matéria ainda ampliou a discussão apurando fontes tanto em defesa quanto contrárias à descriminalização do aborto. Contextualizou claramente com a realidade baiana, relacionando com o contexto nacional e internacional. A grande falha, no entanto, é a falta de definição do que consiste a mortalidade materna. O leitor pode pensar, por exemplo, que a mortalidade materna consiste na morte de mulheres grávidas, enquanto corresponde atualmente por complicações pós-parto de 42 dias até um ano. Outro caso foi a notícia factual “Mulheres fazem vigília contra a Morte Materna” que além de não definir o que é a morte materna, não cita o aborto como uma de suas principais causas (a primeira em Salvador) e não contextualiza, portanto, com a realidade local.

c) Contextualização local

A maioria das matérias está na editoria Salvador e contextualiza com a realidade local a partir de dados estatísticos, de fontes locais e de relatos pessoais sobre negligência no pré-natal e realização de aborto inadequado. Há, no entanto, devido à fragmentação já comentada, matérias que não citam o aborto como primeira causa de morte materna na cidade.

Em apenas uma matéria da editoria Salvador foi percebida completa ausência de contextualização com a realidade local: “Mulheres fazem vigília contra a Morte Materna”. Além de não definir o que é a morte materna, a notícia que associa o aborto inadequado como uma de suas causas, não contextualiza essa realidade em Salvador. Na editoria Brasil as duas matérias de agência também cometem o mesmo erro: “Pacote do governo tem pílula a R\$ 0,40” (cita a importância dessa medida para a redução da morte materna, mas não relaciona com a Bahia) e “Descriminalização do aborto ajuda à mulher”.

d) Fragmentação

Uma das críticas recorrentes sobre a prática de jornalismo em saúde no Brasil é o seu caráter fragmentário, que não divulga a pesquisa como um processo, mas sim suas etapas como se fossem totalidades, resultando em noções sobrepostas das causas, prevenções e tratamentos. Como descreve Bueno (2005), “a divulgação científica pauta-se pela fragmentação, ou seja, as notícias e reportagens fluem na mídia como peças de um quebra-cabeça que nunca se completa”. Greice também comenta sobre esse processo: “[...] As matérias são frágeis e fracas. Às vezes pega-se um fecho da matéria e descontextualiza para acentuar o tom sensacionalista e não busca se aprofundar no porque aquela pessoa afirmou aquilo”.

Essa situação é nítida com a ausência de uma matéria que de fato esclareça a definição de mortalidade materna e todas as suas causas no contexto da realidade da Bahia.

Algumas matérias relacionam a negligência no pré-natal e a mortalidade neonatal, uma cita o aborto inadequado, outra não, umas definem segundo dados da OMS, outras não esclarecem se quer a abrangência para 42 dias e até um ano pós-parto como casos tardios das conseqüências de uma gravidez de risco. Há uma sobreposição de dados estatísticos que só trazem noções fragmentadas para o leitor do que possa ser a mortalidade materna.

e) Concepções de doença, saúde e cura

Embora haja pouca clareza na definição de morte materna, as concepções de saúde e doença demonstradas na análise revelaram abordagens que relacionam o problema com as condições sócio-econômicas da população. Grande parte delas relata que a mortalidade materna é um problema de saúde pública e que atinge a mulheres mais pobres, que não tem acesso a acompanhamento de pré-parto, parto e pós-parto de forma qualificada. Ressaltam também que são casos subnotificados e plenamente evitáveis se houvesse condições adequadas de atendimento.

Mesmo assim, nota-se a predominância de uma concepção exógena dos fatos e “medicalizadora”. Como foi comentado no tópico sobre fontes, predomina-se a legitimação do discurso médico sobre a situação, descrevendo-se as conseqüências biológicas (exteriores), ou seja, das doenças físicas causadas devido todo esse despreparo social no atendimento às mulheres durante e após à gravidez:

De acordo com a obstetra e ginecologista Socorro Gomes, as principais causas da mortalidade materna – índice que contabiliza as mortes ocorridas durante a gestação, ou até 42 dias após o término da gestação – são a hipertensão arterial, a hemorragia, as complicações decorrentes do aborto realizado em condições inseguras, a infecção pós-parto e as doenças do aparelho respiratório. "Muitas vezes, a realização de exames simples pode prevenir complicações para a grávida e para o bebê. Por vezes, as mulheres correm riscos porque não se sabe que elas têm pressão alta ou diabetes", afirma, acrescentando que 98% dessas mortes poderiam ser evitadas todos os anos com medidas preventivas. A obstetra explica que o risco de morte materna está diretamente relacionado ao nível socioeconômico das mulheres – a baixa qualidade de assistência pré-natal, dificuldades de acesso ao leito obstétrico, baixa qualidade de assistência ao parto e o acompanhamento pós-parto inadequado, sobretudo em áreas rurais, são alguns destes fatores. (A TARDE, 28 de maio de 2007)

Embora se perceba nessas matérias uma visão mais aprofundada nas causas sociais e econômicas que conduz ao conceito de saúde para além de uma mera ausência de

enfermidade, o foco na doença continua sobre uma perspectiva exógena. As questões subjetivas, ou causas endógenas, como os reflexos psicológicos dentro da realidade de um país com altíssimo índice de aborto inadequado, ou mesmo, as relações culturais e de gênero (o abandono da maioria das mulheres grávidas pelos parceiros, a pressão familiar que leva muitos adolescentes ao ato do aborto) em nenhum dos textos selecionados foi discutido e apurado.

Quanto à mitificação tecnológica sintomática no jornalismo em saúde brasileiro, as matérias analisadas demonstraram distanciamento dessa concepção nos temas referentes à mortalidade materna. Nenhuma das matérias associou a cura ou a redução da mortalidade materna à ação da tecnologia. Ao contrário, a maioria ressalta que se trata de casos plenamente evitáveis com medidas básicas de atendimento qualificado à gravidez, parto e pós-parto:

De acordo com a obstetra e ginecologista Socorro Gomes, as principais causas da mortalidade materna – índice que contabiliza as mortes ocorridas durante a gestação, ou até 42 dias após o término da gestação – são a hipertensão arterial, a hemorragia, as complicações decorrentes do aborto realizado em condições inseguras, a infecção pós-parto e as doenças do aparelho respiratório. "Muitas vezes, a realização de exames simples pode prevenir complicações para a grávida e para o bebê. Por vezes, as mulheres correm riscos porque não se sabe que elas têm pressão alta ou diabetes", afirma, acrescentando que 98% dessas mortes poderiam ser evitadas todos os anos com medidas preventivas. A obstetra explica que o risco de morte materna está diretamente relacionado ao nível socioeconômico das mulheres – a baixa qualidade de assistência pré-natal, dificuldades de acesso ao leito obstétrico, baixa qualidade de assistência ao parto e o acompanhamento pós-parto inadequado, sobretudo em áreas rurais, são alguns destes fatores. "Essas causas podem ser contornadas com pré-natal de boa qualidade e assistência adequada no parto e no pós-parto. No entanto, no Brasil, muitas mulheres fazem um péssimo pré-natal e são recebidas por hospitais e equipes sem condições de atendê-las", afirma. (A TARDE, 28 de maio de 2007)

De acordo com a médica Greice Menezes, a maioria das mulheres mortas por atendimento médico precário e procedimentos inadequados de aborto tem baixo grau de escolarização e baixa condição financeira. "A morte materna não tem uma causa específica, mas tem a ver com a exclusão social das mulheres", explicou. Apontando questões como as falhas da assistência hospitalar, as dificuldades ainda enfrentadas nas relações de gênero, ela esclareceu que há, de fato, "um conjunto de fatores que faz com que as mulheres paguem por esses problemas com suas próprias vidas". Greice chamou atenção, ainda, ao fato de que a maioria dos casos de morte materna pode ser evitada. (A TARDE, 30 de maio de 2007)

f) Abordagem crítica x sensacionalismo e parcialidade

A problemática falta de comprometimento ético jornalístico na divulgação acontece apenas em uma matéria, de forma bem evidente, produzida pela Agência Estado- São Paulo, *Descriminalização do Aborto ajuda à mulher*, divulgada em 17 de junho de 2007. A matéria apenas utiliza uma fonte, o pesquisador chileno Aníbal Faúndes, do Centro de Pesquisas Materno-Infantis de Campinas (Cemicamp), que é a favor da descriminalização do aborto. É a partir apenas da visão de Faúndes que o jornalista afirma no título que a legalização do aborto é um benefício para as mulheres. Trata-se de uma construção sensacionalista, parcial, que ignora a complexidade do debate sobre o aborto no Brasil.

A matéria afirma que o professor, também consultor permanente da OMS, pratica suas idéias orientando mulheres que querem fazer aborto a tomar o remédio abortivo Cytotec. O jornalista não faz uma abordagem quanto ao que constitucionalmente isso representa e aos perigos que a mulher pode ter ao usar o Cytotec sem acompanhamento médico, cuja comercialização é restrita a hospitais e a venda clandestina não garante a qualidade do produto.

Para piorar a situação, a matéria não expressa nenhuma outra fonte que possibilite ao leitor os argumentos do outro lado da história, dos pesquisadores, médicos e pessoas que são contra a institucionalização do aborto. Utiliza apenas alguns relatos de experiências pessoais de duas mulheres que praticaram o aborto de forma inadequada correndo risco de vida. Não há nenhuma contextualização com os aspectos sócio-econômicos de Salvador e dados estatísticos para esclarecer sobre essa realidade na capital baiana. Cita apenas que é uma das principais causas de morte materna, sem também defini-la.

Uma das poucas matérias que trazem um embate crítico sobre o discurso de fonte institucional é “Índice piorou em Salvador entre 2004/2006”, à respeito do alto índice de mortalidade neonatal e a incoerência do índice de 1,04 leito por mil nascidos vivos não ter evitado o aumento na mortalidade de bebês com menos de 28 dias de vida:

O coordenador nacional do Pacto para Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, Adson França, ressalta que o crescimento estatístico pode não corresponder ao real. Nessa hipótese, os números refletiriam apenas uma

melhoria no registro de óbitos infantis. A tese é reforçada pela assessoria da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), mas não aparece na argumentação da técnica de saúde da criança Suzana Mendes Almeida. Integrante da Coordenadoria de Atenção e Promoção à Saúde da SMS, Suzana alerta que construir UTI neonatal não basta para impactar nessas taxas. “O componente neonatal é o mais complexo, tanto que os índices de mortalidade infantil caem mais rapidamente”[...] A técnica explica que medidas como o incentivo ao aleitamento materno e o cumprimento da rotina de vacinação impactaram no pós-neonatal (após 28 dias e antes de 12 meses). Para interferir no quadro neonatal, destaca a adesão ao pré-natal e a qualidade desse serviço. Suzana considera o Programa de Saúde da Família (PSF) um grande aliado nesta batalha, mas dos municípios da região metropolitana, Salvador é a que apresenta a menor cobertura (19,3%). (ATARDE, 24 de maio de 2007)

Outro exemplo é a matéria “Mortalidade materna será alvo de fiscalização” ao falar sobre a criação da comissão de monitoramento e avaliação da implantação do pacto estadual para redução da mortalidade materna e neonatal. Através da fala de Greice Menezes e de Débora do Carmo (diretora da gestão da Sesab- Secretaria de Saúde do Estado), a matéria mostra que muitas vezes as comissões acabam funcionando apenas no papel:

Para a pesquisadora do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC-Ufba), Greice Menezes, o trabalho previsto para a comissão é louvável e auxiliará muito no combate à mortalidade materna. No entanto, ela destacou que é preciso ter efetividade, porque grupos como este “correm risco de se tornar apenas uma instância burocrática para acalmar gestores de forma muito fria”. Greice Menezes é membro do comitê local e afirmou que desde a sua formação, há dois anos, nunca houve um funcionamento pleno e poucas ações do pacto foram postas em prática, o que contribui para a falta de políticas de combate na área, pois sequer há monitoramento das causas das mortes. A situação é admitida pela diretora de gestão de cuidado da Sesab, Débora do Carmo. “O comitê tem sido esvaziado, mas vamos reagrupar seus membros para que possamos retomar, reativar e reestruturar as atividades”, disse. Na comissão, a metodologia de trabalho será definida no primeiro encontro com os participantes – representantes do governo e da sociedade civil organizada – que deverá ocorrer no começo de junho. Enquanto isso, a Bahia permanece com índices altos de mortalidade materna. De acordo com dados de 2004, eram 68,7 mortes para cada 100 mil nascidos vivos, sendo que, segundo a diretora Débora do Carmo, 92% desses óbitos podem ser evitáveis. A maioria está relacionada à falta de assistência durante o pré-natal. (A TARDE, 29/05/2007)

A criticidade é uma postura fundamental de um trabalho jornalístico em saúde qualificado, afinal, como foi desenvolvido nos capítulos anteriores, as fontes não são isentas. Burkett comenta sobre o quanto a medicina está estreitamente vinculada a interesses do mercado capital:

Medicina é dinheiro. O impacto econômico da indústria de cuidados com a saúde é intenso. Durante as décadas de setenta e oitenta, o custo crescente dos cuidados médicos e de saúde e das drogas elevou os índices de inflação e representou dilemas econômicos nacionais. O orçamento nacional para medicina excede 350 bilhões de dólares por ano, mais de 10% do Produto Nacional Bruto pelas estimativas do Department of Health and Human Services. Isso corresponde a aproximadamente 1.400 dólares por pessoa. [...] Em 1984 a American Medical Association pediu aos seus membros médicos para pararem de aumentar os honorários durante um ano. As rendas de muitos médicos alcançaram números surpreendentes. Alguns médicos e fornecedores de produtos médicos alcançaram a riqueza através de subornos entre planos e seguros de saúde federais, estaduais e particulares. E a imagem dos médicos como gentis figuras paternas mudou para tecnocratas de elite, eficientes mas alienados. (BURKETT, 1990, p. 156)

Nota-se, por outro lado, uma abordagem crítica na maioria das matérias sobre mortalidade materna e aborto quanto à relação preconceituosa de ser um ato apenas praticado pelas mulheres de baixa renda. Ressalta-se que muitas mulheres da classe média e alta praticam aborto em clínicas particulares, como toda a infra-estrutura necessária para preservação da saúde. A diferença é justamente que as mulheres mais pobres não têm acesso a esse tipo de atendimento e acabam se submetendo ao aborto em condições totalmente inadequadas, ocasionando na maioria das vezes, a morte materna.

A principal causa isolada de morte de mulheres grávidas em Salvador, e a quarta no Brasil, é o aborto clandestino. Por aqui, as vítimas são meninas pobres, negras, de idade média 27 anos. Os dados são de pesquisa desenvolvida pelo Programa de Estudos em Gênero e Saúde (Musa), do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (Ufba), em 2002. Outra pesquisa, capitaneada pelas universidades federais da Bahia, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul, em 2004, mostrou que o aborto é mais realizado por mulheres de maior escolaridade e renda. Do universo de 4.634 moradoras entrevistadas em Salvador, Rio e Porto Alegre, as de classe média abortam 4,5 vezes mais do que as de baixa renda; as de ensino médio e superior, 2,2 vezes mais do que as de menor escolaridade. A pesquisa também identificou que 16,7% das mulheres de 18 a 24 anos interromperam a primeira gravidez por vontade própria. “Ou seja, o aborto não é coisa de mulher pobre; faz parte da saúde sexual e reprodutiva”, explica a médica baiana Greice Menezes, coordenadora da pesquisa. (A TARDE, 18 de abril de 2007)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De treze matérias catalogadas apenas em uma, *Aborto é a principal causa de morte materna em Salvador* (presente numa página completa sobre o tema) é citado o MUSA e

sua pesquisa sobre Morbimortalidade Materna e Aborto. O Instituto de Saúde Coletiva é citado duas vezes e uma delas é como identificação da entrevistada Greice Menezes, que também participa de fóruns feministas e do comitê local de combate à morte materna.

Diante dos relatos das entrevistas referentes à relação do MUSA com o jornalismo local confirmou-se nesse trabalho o resultado de incomunicabilidade entre o programa e o jornal impresso de maior circulação na Bahia, o A Tarde. Um problema, que para ser solucionado, precisa tanto de transformações no programa de pesquisa, quanto também, nas políticas editoriais dos jornais e na formação qualificada dos seus jornalistas. Por parte do MUSA, do ISC e da Universidade Federal da Bahia carecem iniciativas estratégicas em comunicação. O MUSA já estabeleceu essas ações com as redes de movimentos sociais e instâncias políticas. Mas não há dúvidas do potencial de alcance público que o jornalismo pode proporcionar nas divulgações dos resultados das pesquisas do programa. No entanto, a falta de uma assessoria de comunicação que prepare os dados, informações e os próprios pesquisadores na relação com a área jornalística resulta no desperdício do uso social de um grande veículo de democratização do conhecimento que é o jornalismo.

Por outro lado temos também um jornalismo em saúde local que não colabora com o desenvolvimento dessa relação ao se demonstrar desqualificado e pouco dedicado a divulgação científica das pesquisas locais. Em onze meses apenas foram encontradas treze matérias que citam a mortalidade materna e somente sete remetem ao aborto como sua principal causa na Bahia. Nos principais jornais impressos faltam editoriais específicas para tratar dos temas relacionados à saúde, dedicação exclusiva a cobertura nessa área e mais ainda de profissionais especializados em jornalismo científico e saúde. Nas matérias analisadas nesse trabalho, a partir da avaliação quantitativa e qualitativa, concluiu-se: ausência do lugar e concepção de “saúde” nas editoriais do jornal A Tarde, pouca diversidade de fontes na apuração, ausência de definições básicas sobre mortalidade materna e suas causas, abordagem fragmentada e esporádica sobre o tema, predominância da legitimação do discurso médico, limitadíssimo uso de outros campos de conhecimento como fontes informativas, concepção exógena da doença e, logo, a ausência do sujeito, da cultura, das relações entre gêneros, das estruturas familiares como questões de expressão na temática Mortalidade Materna e Aborto.

Importantes posturas , no entanto, já foram percebidas nas divulgações desse tema no Jornal A Tarde: a perspectiva da direta interferência das condições sócio-econômicas na promoção da saúde da mulher, iniciativas de contextualização com a realidade da Bahia e o uso predominante de fontes locais. Em geral, as matérias ressaltaram, a partir do contexto baiano e de fontes locais, como a maioria dos casos de morte materna poderia ter sido facilmente evitada se houvesse um acesso qualificado à saúde pública, com acompanhamento adequado na gestação, parto, pós-parto e tratamento das conseqüências do aborto inadequado realizado por um grande número de mulheres em situação de baixa renda.

Mas o fato é que há muito ainda para ser desenvolvido quanto prática qualificada de jornalismo local em saúde. Falta, sobretudo, uma cultura de divulgação científica na Bahia, que parte tanto das instituições de pesquisa locais, quanto da profissionalização e dedicação jornalística para exercício da atividade. O resultado da incomunicabilidade entre o MUSA e o jornalismo impresso local reflete o amplo cenário da ausência de uma cultura que valorize a divulgação pública da ciência, a democratização do conhecimento e a educação social em saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, P.C.A; RABELLO, M.C. **Significações e Metáforas: aspectos situacionais no discurso da enfermidade**. In: PITTA, AMR, Saúde & Comunicação: visibilidades e silêncios. SP. HUCITE/ABRASCO, 1995, p. 217-237

BARDIN, L.. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições, 1977.

BARROS FILHO, Clóvis. **Ética na Comunicação: da informação ao receptor**. São Paulo: Moderna, 2001.

BAPTISTA; FARIA; NAPPO; GALDURÓZ CARLINI. **Drogas e saúde na imprensa brasileira: uma análise de artigos publicados em jornais e revistas**, 1998. disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n1/14906.pdf>
Acesso: 28 . nov. 2007

BUENO, Wilson da Costa. **A cobertura de saúde na mídia brasileira: sintomas de uma doença anunciada**. Portal do Jornalismo Científico, 2001. Disponível em:

<http://www.jornalismocientifico.com.br/jornalismocientifico/artigos/jornalismosaude/artigo3.php> Acesso: 16 set 2007

_____. **As etapas fundamentais do jornalismo científico.** Curso à Distância Comtexto, 2007. Disponível em: http://www.comtexto.com.br/indijcaulas_7.htm
Acesso: 10. maio. 2007

_____. **As fontes no jornalismo científico.** Curso à Distância Comtexto, 2007. Disponível em: http://www.comtexto.com.br/indijcaulas_7.htm
Acesso: 10. maio. 2007

_____. **Os equívocos do jornalismo científico no Brasil.** Portal Jornalismo Científico, 2007. Disponível em:
<http://www.jornalismocientifico.com.br/jornalismocientifico/newsletter/noticia4.htm>
Acesso: 20. maio. 2007

_____. **O Jornalismo Científico e o compromisso das fontes.** Portal do Jornalismo Científico, 2007. Disponível em:
http://www.jornalismocientifico.com.br/jornalismocientifico/artigos/jornalismo_cientifico/artigo1.php
Acesso: 20. maio. 2007

_____. **O Jornalismo Científico é um novo discurso.** Curso à Distância Comtexto, 2007. Disponível em: http://www.comtexto.com.br/indijcaulas_4.htm
Acesso: 10. maio. 2007

_____. **Os atributos do jornalismo científico** Curso à Distância Comtexto, 2007. Disponível em: http://www.comtexto.com.br/indijcaulas_4.htm
Acesso: 10. maio. 2007

_____. **Saúde na Mídia: uma visão crítica.** Portal Comunicação e Saúde, 2005.
<http://www.comunicasaude.com.br/artigowilbuenolivrounimed.htm>
Acesso: 8. set. 2007

BURKETT, Warren. **Jornalismo Científico: Como escrever sobre ciência, medicina e alta tecnologia para os meios de comunicação.** Tradução Antônio Trânsito. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1990. p 155-76, 199-211.

DE OLIVEIRA, Fabíola. **Jornalismo Científico.** SP, Contexto, 2002.

FAÚNDES, Aníbal; PARPINELLI, Mary Angela; CECATTI, Guilherme José. **Mortalidade de mulheres em idade fértil em Campinas- São Paulo, Caderno de Saúde Pública v. 16 n° 3, Rio de Janeiro, julho/setembro 2000.** Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2000000300015
Acesso: 6.nov. 2007

GOMES, Romeu; MENDONÇA, Eduardo.A.; PONTES, Maria. L. **As representações Sociais e a experiência da doença.** Caderno Saúde Pública vol. 18 n°. 5 Rio de Janeiro, setembro/outubro. 2002. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000500013&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

Acesso: 8. set. 2007

JORNAL DA USP. **Os números da inovação do país**. Junho de 2005. Disponível em:

<http://www.usp.br/jorusp/arquivo/2005/jusp726/pag03.htm>

Acesso: 10. maio. 2007

JR CAMARGO, Kenneth Rochel . **Medicina, Medicalização e Produção Simbólica** In:

PITTA, AMR, Saúde & Comunicação: visibilidades e silêncios. SP.

HUCITE/ABRASCO, 1995, p. 13-25

MARANINI, N; CAMARGO, S.; PAZ, D.; FONSECA, W. C.; BUENO, W. C.

Divulgação de saúde na imprensa brasileira: expectativas e ações concretas. Portal Comunicação e Saúde, 2005. Disponível em:

<http://www.comunicasaude.com.br/artigowilbuenolivroboanerges.htm>

Acesso: 26. set. 2007

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. São Paulo. Hucite/ ABRASCO, 1998

NETO, Antônio Fausto. **Percepções acerca dos campos da Saúde e da Comunicação**.

In: PITTA, AMR, Saúde & Comunicação: visibilidades e silêncios. SP.

Hucite/ABRASCO, 1995, p. 267-293.

NEUENDORF, Kimberly. **Health Imagens in the Mass Media**. In: Communication

and Health- Ray and Donohew (eds) Lawrence Elbaum Associates Publishers. Hillsdale, New Jersey, 1990.p. 111-135

OLIVEIRA, Valdir de Castro. **Os mídias e a mitificação das tecnologias em saúde** .

In: PITTA, AMR, Saúde & Comunicação: visibilidades e silêncios. SP.

Hucite/ABRASCO, 1995, p. 25-38.

PITTA, Áurea Maria; MAGAJEWSKI, Flávio Ricardo. **Políticas Nacionais de Comunicação em Tempos de Convergência Tecnológicas: Uma aproximação ao Caso da Saúde**. São Paulo, Fundação Uni e Unesp: Revista Interface- Comunicação,

saúde e educação, 2000. Disponível em: <http://www.interface.org.br/revista7/ensaio4.pdf>

Acesso: 8. out. 2007

PITTA, Áurea Maria. **Interrogando os campos da saúde e da comunicação: notas para um debate**. In: PITTA, AMR, Saúde & Comunicação: visibilidades e silêncios.

SP. Hucite/ABRASCO, 1995, p. 239-266.

REIS, José. **Ensino da Ciência**. Revista Espiral, ECA-USP, ano 4 nº 13, 2002.

Disponível em: <http://www.eca.usp.br/nucleos/njr/espisal/moreb13.htm>

Acesso: 10. nov. 2007

RIBEIRO, A.C.T; SOUZA, H.S. **Saúde e Comunicação: faces contemporâneas da gestão da sociedade**. In: PITTA, AMR, Saúde & Comunicação: visibilidades e silêncios. SP. Hucite/ABRASCO, 1995, p. 51-67.

RODELLI, Elizabeth. **Mídia e Saúde: os discursos se entrelaçam**. In: PITTA, AMR, Saúde & Comunicação: visibilidades e silêncios. SP. Hucite/ABRASCO, 1995, p.38-49

SUPER , Interessante. **O Doutor não estava aqui**. Edição 160, janeiro 2001. Disponível em: http://super.abril.com.br/superarquivo/2001/conteudo_119095.shtml
Acesso: 5.nov. 2007

ANEXO I- Entrevista

Fonte: Greice Menezes.

- História: Quando o programa foi formado e a partir de quais necessidades se motivaram a sua formação?

Nós temos 15 anos de formação, iniciado em 1990, nessa época o instituto ainda não era formado e esse antigo corpo acadêmico que forma o instituto abrigava-se antes na Faculdade de Medicina, no antigo departamento de Ação Preventiva, éramos um departamento de uma escola médica. E o MUSA era um grupo, formado só por mulheres que estudavam a saúde da mulher. A gente se reunia, fazia pesquisa. O MUSA surgiu pela confluência de interesses de pesquisadores que trabalhavam com a temática de saúde da mulher e que tinham historias diferentes. Eu era cria da casa, fiz medicina, residência em medicina social, tinha passado um tempo fora do país, militando numa grande ONG Feminista, trabalhando com o tema Aborto. Então quando eu voltei pra cá, nessa mesma época Estela Aquino (atual coordenadora do MUSA) saia do RJ e vinha pra cá fazer o doutorado em Saúde Coletiva, e ela já tinha um grande percurso acadêmico na área de saúde da mulher. Éramos cinco no total que se juntou a partir do interesse, desejo e necessidade de trabalharmos a respeito de saúde da mulher, que era um interesse acadêmico, mas ao mesmo tempo, todas nós tínhamos uma vinculação com a militância nos movimentos sociais, em particular o movimento feminista. Acho que é isso que em particular caracteriza um pouco os núcleos que foram criados na dec de 90, época do grande BUMM dos estudos de saúde da mulher, que nos Estados Unidos se chamou Women Studies, que entrava na acadêmica para exatamente conferir visibilidade para as questões da mulher, inclusive questionando essa idéia da ciência

neutra, de uma certa forma explicitando o sexismo que existe nas produções científicas, em diversos campos de conhecimento.

Relação MUSA e movimento feminista

No Brasil os primeiros grupos feministas atuando nas produções acadêmicas foram na área de ciências humanas. Um exemplo, ao estudar um determinado objeto você revela as invisibilidades e uma forma de tratamento desse objeto que ou não estudava as mulheres, ou tratava as mulheres com o mesmo referencial metodológico que se tratava os homens. Inclusive, homens que sempre eram referidos como representantes do humano. Então, primeiro esforço coletivo do MUSA foi uma investigação que fizemos sobre trabalho que compartilhávamos com toda crítica de que a categoria mulher sempre era pensada com um desligamento muito grande para a categoria mãe, sobre tudo na área de saúde, que sempre foi muito voltada para pesquisa materna-infantil, quer dizer, a mulher era sempre pensada como ser eminentemente reprodutor e todos os estudos sempre vinham com a temática preocupada com a questão da reprodução, sem pensar na questão da integralidade, em que a reprodução é uma das dimensões das mulheres, mas não definem a mulher por si só.

O MUSA se organizou e fazíamos tudo, graduação e pós-graduação, pesquisa, ensino e extensão, sempre com forte ligação aos movimentos sociais, principalmente o feminista, com comitês de morte materna, quer dizer, tanto com as instâncias técnicas como os comitês sociais de controle, e nós trabalhávamos a questão na época de fato com pesquisas empíricas sobre mulher. O Instituto foi criado, alguns anos depois, com essa idéia de que o trabalho seria organizado em torno dos objetos de interesse dos pesquisadores. A gente tem que registrar a estranheza dos colegas do antigo departamento a respeito do grupo de mulheres, nada muito agressivo, mas brincadeiras que desqualificavam, como apelidos de “clube da luluzinha”, “as meninas”, têm uma forma muito sutil de mostrar que não éramos tão serias. Só que quando o Instituto é formado, e exatamente a forma de organização do Instituto é por esses grandes objetos temáticos, o MUSA passa a ser um exemplo de um grupo “marginal” para uma referência daquilo que o Instituto quer pautar sua organização. Com a criação do Instituto, mais do que ganharmos visibilidade, nós passamos a ser um exemplo daquilo que o Instituto queria criar e a partir daí vários outros grupos foram criados, o PISAR

(Programa de Saúde do Trabalhador), grupos de Doenças Infecciosas, e vários outros grupos.

Equipe Multiprofissional

O MUSA cresceu, incorporando mais pesquisadoras, somos a maioria mulheres, temos um homem apenas. Tem uma característica muito interessante do MUSA (aliás, não só do MUSA, como de todo o Instituto) que é um grupo multiprofissional, nós temos médicos, enfermeiras psicólogas, jornalistas, estatísticos, assistente sociais. Ao longo do tempo foi superando essa abordagem específica de estudos da mulher. O MUSA, na verdade, é um nome fantasia e que remetia as musas, que tinham relação com as mulheres que gostavam das artes e ciências. Mas ao longo do tempo retiramos o nome “mulher” do programa e adotamos “gênero”, porque acabamos por trabalhar homens e mulheres sob uma perspectiva de gênero.

- Qual é a concepção de Saúde e Gênero adotada nas pesquisas do MUSA?

Porque ai tem haver com o próprio esclarecimento do que é gênero: gênero não é igual a sexo. Gênero não é simplesmente uma mera substituição do termo sexo. Gênero é uma categoria teórica que vai permitir problematizar e discutir as diferenças entre os sexos, que não são somente diferenças, como pra nós são também hierarquias e assimetrias. As representações, as atitudes, as percepções, do masculino e feminino, mas numa sociedade onde há uma valorização do masculino, e qual o impacto disso pra saúde. A saúde é um campo onde as diferenças entre sexo são extremamente naturalizadas e dentro de uma Instituição de Saúde Coletiva a gente tem que pensar em desnaturalizar essas diferenças e entender de forma multidisciplinar (ciências humanas, antropologia, demografia) como é que esses processos sócio-culturais de significação do masculino e feminino têm impacto sobre a forma de adoecer e de morrer entre homens e mulheres.

SAÚDE

O Instituto de Saúde Coletiva, na medida em que ele se separa da Faculdade de Medicina, ele reafirma sua necessidade de trabalhar com o objeto “saúde”, não com a doença biológica, mas com a saúde do ponto de vista populacional e pensada como um conjunto de determinações sociais, e também biológicas, mas não igual a serviço de saúde e adoecimento biológico. Pensar em que medida esses determinantes sócias, econômicos, políticos, e também culturais dizem respeito a essa forma de viver entre

homens e mulheres, essa forma de relacionar, e como impactam sobre o bem-estar e saúde. Ter saúde é mais do que ter serviço de saúde, com certeza. Não só o MUSA como todo o Instituto compartilha essa visão da saúde tal como está na constituição brasileira, a saúde como uma expressão dessas condições de vida, de um forma geral. Um ponto da questão hoje é que a gente ainda trabalha com a saúde numa perspectiva da medicina, da doença e da morte. Então quando se quer avaliar o estado da saúde de uma população, trabalha-se com os dados de mortalidade, mas sabendo que isso são expressões de algo que a resposta não está na saúde, mas na sociedade, na forma como as pessoas vivem, trabalham, e recursos que inclusive poderiam recuperar sua saúde ou mantê-la.

- Quais são as atuais linhas de pesquisa ativas no MUSA?

Algumas estão ativas, outras estão inativas porque foram trabalhos concluídos. Como eu dizia, desde 1990 o grupo teve necessidade de uma investigação coletiva que juntasse todas nós, então nós elaboramos um projeto que era sobre o tema do trabalho que nos parecia naquela época, e ainda é hoje (20 anos depois), um tema muito invisível na produção sobre gênero e saúde: em que trabalho as mulheres estão, sobre quais condições, o que define o trabalho das mulheres, a questão do trabalho doméstico, da dupla jornada, quer dizer, todo um instrumental teórico metodológico que eu dizia antes, que é preciso ser elaborado e implantado para entender o trabalho das mulheres que diferente dos homens não estão nos trabalho regulares, e que quando chegam do trabalho descansam. Quer dizer, as mulheres têm outras particularidades, que tem haver com o fato de que elas todas estão engajadas com o trabalho doméstico, menos ou mais, que ao chegar em casa realizam uma outra jornada de trabalho, que as vezes é tão ou mais cansativa que o trabalho profissional. Então pra determinadas mulheres, a questão da conciliação, trabalho, família, carreira, é importante. Então a gente resolveu trabalhar com um grupo profissional, uma investigação sobre a condição de vida de um grupo profissional que era majoritariamente feminino, porque a gente trabalhava naquela época com saúde da mulher, e escolhemos as enfermeiras e auxiliares de enfermagem, o pessoal de enfermagem. Fomos para um grande hospital daqui de Salvador, e fizemos um inquérito com entrevista, questionário, com 500 mulheres (entre enfermeiras e auxiliares) e esse trabalho se chamou Projeto TESE, que originou de fato o projeto de tese de doutorado e mestrado de várias de nós. Eu particularmente estudei como tese de

mestrado o trabalho noturno e seus efeitos sobre a saúde, Estela estudou a Hipertensão Arterial e Dupla Jornada, Lílian Marinho estudou sobre O Padrão de Contracepção.

O Projeto TESE teve forte interlocução com os sindicatos das trabalhadoras de saúde do serviço público e todos os nossos dados apoiaram as campanhas de trabalho e saúde, divulgamos nas unidades que trabalhamos, não muito mais porque a própria unidade não quis, mas nos sindicatos e outros espaços sociais.

Depois começamos uma outra linha de investigação sobre Morbimortalidade Materna e Aborto. Uma médica espanhola, orientanda de Estela, fez um primeiro estudos de mortalidade materna em SSA. O primeiro grande estudo e muito importante, pois traz dados sobre as mortes de mulheres grávidas aqui em Salvador, e a realidade completamente diferente de SSA em relação a outras regiões do Brasil. Em SSA o aborto é a primeira causa de morte materna, então a partir da tese nós do MUSA tivemos uma grande participação, mantida até hoje nos comitês de morte materna de SSA, no Estado, e divulgamos amplamente essa pesquisa nos movimentos de mulheres. Acho que de todas as pesquisas talvez seja essa que até hoje a gente é chamada para falar na televisão.

A segunda linha é ativa até hoje. Nós participamos de um primeiro esforço nacional sobre a mortalidade das mulheres em idade fértil com ênfase na mortalidade materna , em 2002, e coordenamos a parte daqui de ssa. Duas antropólogas fizeram uma pesquisa aqui em Salvador, numa maternidade e com adolescentes. A pergunta original era a relação das usuárias e o serviço de saúde: Adolescente, sexualidade e saúde, GRAVADE.

- Quais iniciativas do MUSA para divulgação pública de suas pesquisas e como se dá a relação entre o programa e a imprensa local?

Agora eu diria que essa participação é espamódica. Acho que a gente tem uma relação com a mídia que é muito pouco regular e temos dificuldade de identificar na mídia fontes qualificadas de informação, porque concretamente várias vezes o que a gente fala sai de uma forma equivocada, ou existe casos de má fé. A maioria dos casos é só uma coisa de entendimento, porque às vezes o jornalista quer fazer uma matéria sem ter lido antes sobre o tema. Então eu disse que o aborto é a primeira causa de morte materna - e

sempre que se fala em aborto tem que falar com muita responsabilidade porque é um tema onde há discussão de grupos contrários e a favor do aborto e que estão atentos as informações- mas sai no jornal: a professora diz que Aborto é a Primeira causa de Morte entre as Mulheres, quando a primeira causa de morte entre as mulheres é a doença do coração. Ai o jornalista diz: “não, a gente compreendeu mal”. Ai eu digo: “Você entendeu mal, mas alguém que é contra a descriminalização do aborto vai dizer “olha, ela está exagerando, está dizendo que é a primeira causa de morte contra a mulher, quando não é”. Quando na verdade, em número absoluto, morrem muito poucas mulheres de aborto em relação as que morrem de doença do coração. Então esse é um exemplo de algo que é um ruído de comunicação devido a pouca proximidade dos jornalistas com aquilo que eles estão querendo divulgar, mas que tem repercussões políticas.

Do outro lado, acho que eu tive uma experiência muito ruim com um jornalista que publicou uma matéria, na época de campanha eleitoral, em que ele queria utilizar a situação das maternidades para criticar o governo. Então tem os nomes anônimos das fontes, de A á Z , “ o sindicalista X” , “ a profissional da maternidade Z” , e depois tem “Dra. Greice Menezes diz que a situação das maternidades é um horror” e eu jamais diria essas palavras que “falta tudo nas maternidades”. Foi uma pesquisa que nós fizemos e eu fiz com o MUSA e o comitê de Morte Materna em Salvador. Eu dizia quais eram as deficiências das maternidades, e ele resumiu tudo na frase “é um horror”. Eu estou dizendo isso porque a minha avaliação é que existe uma relação na divulgação de nossas pesquisas, que a gente tem muita vontade que aconteça, não só na mídia como no movimento social, para os atores sociais e que nossos dados podem apoiar e instrumentalizar essa luta, mas eu acho que existe por parte da relação com a mídia exatamente um desconhecimento sobre o que está trabalhando.

A segunda coisa é que mais do que essa pouca intimidade dos jornalistas com os temas que eles estão trabalhando, eu acho também existe da nossa parte pouco preparo em trabalhar nossos dados de uma forma objetiva, para que os dados sejam melhores compreendidos pela mídia. No início, quando eu falava de Mortalidade Materna eu dizia “Salvador tem uma taxa de mortalidade materna muito alta, 134 óbitos por 100 mil nascidos vivos”, esse número pro jornalista, ainda que eles gostem de números, fica difícil deles avaliarem. Então quando eu dizia que nossa taxa era 100 vezes maior que nos países desenvolvidos, contempla a informação de forma acessível. Então a gente

precisa aprender a transformar esse montante de dados que nós temos - e que às vezes quando a gente trabalha o assunto tudo nos interessa - e filtrar não só o tipo de informação que interessa ao jornalista, como a forma que deve ser passada. Logo, estou fazendo uma crítica ao jornalista, mas também uma auto-crítica a nós pesquisadores.

Outra crítica tem haver, que não sei quem é o responsável, se somos nós ou a mídia, mas esses temas que nós trabalhamos só aparecem em determinadas épocas do ano: 8 de março (dia internacional da mulher), 28 de maio (redução da mortalidade materna), 28 de setembro (dia de luta pela discriminação do aborto). Não há uma regularidade de espaços em determinados veículos que tratem das questões da saúde pública. A TVE fez uma reportagem sobre aborto e me entrevistaram, mas o que achei super legal é que eles me chamaram para conversar com os jornalistas da TVE sobre o Aborto. Então me pareceu uma iniciativa muito legal, porque assim é um dialogo que a gente faz com os jornalistas e coloca eles mais próximos com o tema. Eu pude dar dicas de sites, de artigos, então acho que é uma iniciativa que aponta para uma regularidade desse contato e um aprofundamento dessa discussão temática.

- Há relação do programa com a Assessoria de Comunicação da UFBA e o Ufba em Pauta?

O instituto usa o Ufba em Pauta, mas reconhecemos que é pouco. É muito claro a importância da presença de uma assessoria de comunicação que não temos. Uma proposta de comunicação que apóie a todos os materiais que são produzidos pra circulação dentro da academia e fora da academia. E isso é um salto de qualidade do trabalho.

- Qual é a aplicação social dos resultados das pesquisas do MUSA?

Toda a área de saúde tem uma coisa muito aplicada. A área da saúde coletiva é eminentemente uma área aplicada e tudo que a gente faz em termo de conhecimento temos o objetivo final de subsidiar políticas públicas. Desde a pesquisa de mortalidade materna em 1993 que isso representou uma participação qualificada da gente no Comitê de Morte Materna de Salvador, o plano de trabalho da gente foi base de trabalho do comitê.

Todo produto resultado do primeiro projeto do MUSA orientou a peça publicitária de comunicação da campanha do sindicato de trabalhadores em saúde. Estela Aquino tem sido constantemente chamada no Ministério da Saúde e Educação para divulgar os dados do GRAVADE e influir em várias medidas, planos e programas. Por conta da pesquisa de Morbimortalidade Materna e Aborto, fomos chamadas pra compor o grupo que o Ministério da Saúde criou para elaborar as normas técnicas de atendimento a casos de abortamento inseguro que hoje é utilizada pelos profissionais de saúde. É uma característica de toda produção de saúde coletiva, em diálogo constante com o movimento social.

Também houve participação junto ao Iperba para programas de iniciativas de aborto para casos constitucionalmente permitidos. Porque temos um grande número de mulheres estupradas.

- O que é a pesquisa Morbimortalidade Materna e Aborto e como surgiu a iniciativa desse estudo?

Essa linha de Morbimortalidade Materna e Aborto começa em 1993 quando uma médica espanhola chamada Glória Compte vem ao Instituto de Saúde Coletiva e faz uma dissertação de mestrado orientada por Estela Aquino com o tema Mortalidade Materna em Salvador. A tese de Glória foi o primeiro estudo sob esse tema em Salvador e qual é a importância desse estudo? A gente estuda as questões de Gênero e Saúde e tínhamos uma expectativa de dar conta das questões tradicionais da saúde da mulher, dentre elas a mortalidade materna. Dar conta também das questões que na perspectiva da abordagem teórica de gênero podia visibilizar exatamente temas que a ciência comum ou tradicional não dava conta. A gente acha muito interessante porque é um desses temas muito importantes na área da saúde da mulher.

O que é uma morte materna? A morte materna é o conceito que a OMS (Organização Mundial de Saúde) define como a morte de uma mulher durante a gravidez, o parto e pós-parto (até 42 dias do pós-parto). Ultimamente a gente tem trabalhado com o conceito de morte materna ampliado, que vai abarcar as mortes ocorridas de 42 dias pós-parto até um ano, porque nesse período, com os avanços da tecnologia, se percebeu que as mulheres permaneciam com problemas e morriam meses depois devido conseqüências

do parto, aborto ou gravidez. Ultimamente então, trabalhamos com o conceito de morte materna ampliada, que são as mulheres grávidas que estavam em circunstância de óbito. Por exemplo, a mulher que é assassinada pelo companheiro porque está grávida, essas mortes apesar de serem registradas não entram no cálculo restrito da mortalidade materna.

Por que o estudo da morte materna é importante? Porque a mortalidade materna é considerada como um indicador de saúde que tem maior disparidade entre os países, quer dizer, a gente tem taxas de morte materna muito mais elevadas do que não só países com economia similar a nossa, mas também países desenvolvidos.

Essas taxas é uma razão entre o número de óbitos maternos pelo número de nascidos vivos, já que o número de gestações seria impossível da gente obter, porque muitas mulheres abortam e escondem, então consagrou-se internacionalmente esse indicador nascido/ vivo. Assim, nós temos uma taxa de mortalidade materna na Bahia que é no mínimo de cem mortos por nascidos-vivos, quando ela chega a quatro nos países desenvolvidos. A OMS considera como taxa aceitável até 20. Então o que significa isso? Significa que enquanto morre uma mulher na Europa aqui morrem 100. A primeira questão é que temos esse risco de mortalidade materna no Brasil muito maior do que em outros lugares. Segundo porque a morte atinge mulheres jovens em plena faixa etária produtiva e reprodutiva. E terceiro porque as causas dessas mortes são plenamente evitáveis.

No país como o Brasil, que tem alta taxa de mortalidade materna, são basicamente quatro causas implicadas: o aborto, os transtornos hipertensivos complicados pela gravidez, as hemorragias e as infecções. Quatro causas que seriam plenamente resolvidas não com tecnologias sofisticadas, mas ações em medidas muito simples, em assegurar as mulheres atenção com o pré-natal, que as mulheres façam as consultas preconizadas, que sejam avaliadas e identificadas durante a gestação, que sejam encaminhadas para serviços de saúde mais especializados quando a gravidez for de risco, que não peregrinem durante o parto de hospital em hospital e que lá tenha todas as assistências de qualidade. E também no pós-parto e na questão do aborto que nos países onde o aborto é ilegal, a penalização, e isso tem sido uma realidade internacional, ela não consegue diminuir a ocorrência do aborto, a questão da criminalização é que as

mulheres continuam abortando em condições inseguras (feita com profissionais desqualificados e em ambientes de condições sanitárias mínimas em relação aos padrões exigidos).

No caso do aborto é mais complicado porque como no Brasil é ilegal, significa que vão existir abortos inseguros. No que poderia se melhorar isso? Garantindo uma atenção de qualidade para as mulheres que entram nos hospitais para tratar o aborto ou evitar as suas complicações. A questão da mortalidade materna, ainda que seja uma questão obstétrica, é um problema social, porque o que produz a morte materna é mesmo a condição social das mulheres. Quem engravida sozinha, sem o parceiro, ou as mulheres mais pobres que não tem condições de ter uma boa alimentação. O aborto, sobre tudo, exige uma abordagem interdisciplinar. Uma questão social que reflete a desigualdade social, tanto em termos das condições de vida, quanto de acesso ao serviço de saúde (pouco ou tardio de forma não qualificada). É um problema também do serviço de saúde e é um problema subnotificado. Por isso pesquisas como essas precisam ser feitas.

Os médicos não preenchem corretamente a declaração de óbito. Então, quando uma mulher morre e que se preenche uma declaração de óbito no hospital o médico omite ou não registra que a mulher estava grávida, ou mesmo, a causa que desencadeou todo o processo que levou a morte. Por exemplo, ele registra que a mulher morreu de infecção generalizada, mas não coloca lá na primeira causa original, a complicação do aborto. Ele registra a convulsão e não coloca a hipertensão piorada durante a gravidez. Ele registra o choque hipovalêmico, mas não coloca que foi hemorragia pós-parto. E ele poderia não registrar essa causa materna, mas poderia registrar no campo que tem na declaração para favorecer esse registro, campo específico que o médico marca se a mulher esteve grávida no ano ou um ano antes. Por que ele não coloca? Porque não foi treinado para isso, nas faculdades de medicina não se ensina a preencher uma declaração de óbito, o médico aprende depois que se forma, e faz o que aprendeu errado do colega e por ai a diante. Por isso, não só no Brasil, mas em todos os lugares, mesmo onde tem bom serviço, se identifica que a morte materna é um evento subnotificado.

Então como a gente faz para poder trazer essa realidade à tona? Tem várias pesquisas com diferentes metodologias para demonstrar a magnitude do problema da morte materna. Depois de se verificar essa realidade, o primeiro passo é identificar que ações

podem ser feitas para se reduzir isso. A luta contra a mortalidade materna é objeto de compromissos sociais desde a década de 90 (Conferências de Ministros na América Latina, Conferência Internacional do Cairo, Conferência Internacional das Mulheres em Pequim) se reconheceu que a mortalidade materna é questão de atenção a saúde pública, e que os países que assinaram essas cartas de conferencia da ONU deveriam fazer todas as medidas para reduzi-la. A saúde materna é também um dos compromissos das oito metas do milênio, se reduzir 2/3 da mortalidade materna até 2015.

Dentre essas metodologias, um método considerado padrão ouro é o método RAMOS, que tem haver com a investigação de um conjunto maior de óbitos. Então primeiro a gente investiga todos os óbitos de mulheres que poderiam estar grávidas, ou seja, mulheres de 10 à 49 anos, que é a idade fértil/ reprodutiva, e ai através da complementação e confrontação de diferentes pontos de avaliação, a gente vai vendo se há uma causa materna que não foi registrada na declaração de óbito.

Resultados

Foi esse o trabalho que Glória Compte fez em 1993 e revelou pela primeira vez algumas coisas que a gente já imaginava que acontecia e outras coisas muito surpreendentes. Então qual foi a primeira coisa que Glória mostrou?

Primeiro que Salvador tem uma altíssima taxa de mortalidade materna, como a gente imaginava, como uma cidade do nordeste de um país subdesenvolvido. A taxa oficial que a secretaria de saúde dizia na época, era na verdade, muito menor do que a que Glória encontrou entrevistando os familiares, indo nos prontuários e pegando as declarações de óbito das mulheres que morreram em Salvador de 1 de janeiro de 1993 até 1 de dezembro de 1993. A taxa da gente foi pra 134 óbitos por 100 mil nascidos vivos. Que é uma taxa muito maior do que os 20 óbitos que eu falei considerados aceitável pela OMS.

Quem eram as mulheres que morriam? Também a gente não teve muito surpresa, eram as mulheres pobres, a maioria negras, pouco escolarizadas, jovens, um quinto delas eram adolescente e moravam nos subúrbios ferroviários, no cabula/beiru, itapuã em bairros periféricos, que oferecem menos condições sociais em tudo. O dado mais surpreendente

é que o aborto, que é a terceira ou quarta causa no Brasil e a segunda em Recife, era a primeira causa de mortalidade materna aqui. Então Glória conclui que a cada 5 dias morria uma mulher por mortalidade materna e que a primeira causa era o aborto, entre as mulheres mais jovens, adolescentes (segunda morte). Essas mortes aconteciam em hospitais, mostrando que existe uma dificuldade nos serviços de saúde em todos os sentidos, no pré-natal, na assistência ao parto e aborto.

Retorno Social

A importância primeira na tese de Glória é que nessa época o Secretário de Saúde Eduardo Mota, que é um pesquisador da área de saúde coletiva e que tem uma trajetória de estudo sobre mortalidade materna, fica sensibilizado com os resultados. Antes mesmo de conhecer a tese, ele já acata esse movimento que começa a surgir no nível federal, de pensar a morte materna como um problema de saúde. Eduardo constitui como instância assessora do Conselho Municipal de Saúde, o Comitê Municipal de Morte Materna. Esse Comitê são estratégias que surgiram na Inglaterra há muitos anos para analisar as mortes de mulheres em idade fértil, identificar as causas maternas, e identificando o que aconteceu para que aquela morte ocorresse e que se pode fazer pra que não ocorram mais. Quando o comitê é formado são chamados vários membros, porque é um comitê interinstitucional, multiprofissional e que tem representação da sociedade civil, e uma representação das instituições de saúde, (sociedade civil: tanto conselhos regionais de medicina, enfermagem, fórum de mulheres).

O MUSA sempre teve uma articulação muito grande com o movimento das mulheres e feministas. Sou do fórum de mulheres e fui indicada para participar do Comitê de Morte Materna e Glória de forma generosa cedeu a tese dela para doarmos as recomendações dela para o comitê.

A gente apresentou a tese em lugares como associações de bairros do subúrbio ferroviário, grupo de mulheres, e câmara municipal, faculdades de medicina. A gente devolveu esse resultado para diferentes fóruns. Fizemos pelo comitê apresentações na Câmara Municipal de Salvador, e nas datas comemorativas, a tese de Glória era um produto acadêmico sendo completamente utilizado e divulgado naquilo que a gente acha ser uma função da academia, transmitir o conhecimento e na área da saúde, torná-lo aplicado.

Mas recentemente estou no Comitê Estadual e continuamos a militância nessa área de mortalidade materna e todo o desdobramento dessa pesquisa, que levou a gente de um lado a investir no monitoramento da morte materna em Salvador e toda nossa inserção nessas instâncias técnicas, fóruns e entidades para aplicar ações. Uma outra linha de divulgação tem sido os eventos dos movimentos feministas que a gente tem estado presente desde 1995. (salvador e Brasil)

Divulgação na Mídia

Já a divulgação da mídia é uma relação muito precária porque a gente demorou a entender que a relação da mídia exige um outro tipo de linguagem e abordagem diferente da acadêmica. Nem todo mundo que faz pesquisa pode estar na mídia, a gente precisa se preparar pra mídia, um tratamento específico do conteúdo para a mídia.

Aqui na Bahia a gente não vê profissionais que se dediquem a esse campo disciplinar ou tema. Você tem iniciativas pontuais e isoladas que se acumulam nas datas comemorativas. A gente conversa e entrega material, mas o que se percebe são pessoas que não se prepararam para abordar o assunto. Outra questão são as lógicas diferentes, a mídia quer dados e dados que se insiram em matérias prontas e não a matéria interagir com os dados e ser outro produto. A mídia precisa estar em construção e especialização de determinados profissionais em certos temas.

Se não é também um tema de interesse as matérias sempre serão episódicas, e vão ter sempre esse conteúdo muito mais espetacular do que informativo. As matérias são frágeis e fracas. Às vezes pega-se um fecho da matéria e descontextualiza para acentuar o tom sensacionalista e não busca se aprofundar no porque aquela pessoa afirmou aquilo.

ANEXOS II - MATÉRIAS DO JORNAL A TARDE (01 de janeiro de 2007 à 26 de novembro de 2007) – Mortalidade Materna e Aborto.

Textos Opinativos

Direito à vida e a viver

MARCELINO GALO - 15/04/2007

Ao ler a coluna Teoria e debate do jornal Folha de S.Paulo de 10/4, deparei-me com um artigo assinado pelo deputado federal do PT-BA Luiz Bassuma, onde ele defende a manutenção da legislação que considera o aborto como crime. Assustame muito que o parlamentar, mesmo depois de uma resolução aprovada no 13º Encontro Nacional do PT, que impede a participação de qualquer parlamentar nosso na famigerada “comissão em defesa da vida”, continue compondo e presidindo tal comissão. Já sabemos que o PT defende por princípio o estado laico e que o princípio de laicidade garante o respeito à livre associação religiosa, mas não autoriza qualquer denominação religiosa a impor concepções morais sobre as leis e políticas públicas. Os princípios constitucionais e a laicidade do Estado são pressupostos da democracia. Falar de direitos civis plenos parece até algo muito simples na medida em que compreendemos o papel de cada cidadão e cidadã no cumprimento da lei e na defesa pela vida. Mas a vida envolvida num aborto, não é a do feto, a priori. Falamos de mulheres, de vidas, que são vitimizadas e criminalizadas por não ter o direito de escolher o que fazer com seu próprio corpo.

Pesquisas indicam que no Brasil são realizados anualmente mais de 750 mil abortos em condições inseguras. Complicações acarretadas pelo aborto clandestino são a quarta causa de mortalidade materna no País. Além disso, cerca de 250 mil mulheres são internadas a cada ano no Sistema Único de Saúde (SUS) por complicações de aborto e, dessas mulheres, a maioria é negra, jovem e pobre. A criminalização do aborto é uma das ilustrações desta ineficácia. É irracional supor que milhares de mulheres que recorrem ao aborto ilegal a cada ano no Brasil sejam condenadas e encarceradas. Ao contrário do que sugerem as posições dogmáticas, a criminalização não protege a vida do feto e, sobretudo, implica riscos e danos para as mulheres. Assim, desrespeita seu direito a uma vida digna e plena. É necessário que a prática de aborto deixe de ser considerada crime. É essencial que a mulher tenha o direito de decidir sobre o próprio corpo e de ser assistida pelos hospitais públicos, independentemente das causas do aborto.

Nós, petistas, esperamos duas coisas: que o presidente Lula reafirme o princípio de seu partido, que reconheça a luta dos movimentos sociais feministas e por direitos humanos e conduza nosso País à adoção dos padrões internacionais de direitos pela vida e continue incentivando iniciativas como a do ministro da Saúde, José Gomes Temporão, no sentido de garantir assistência social pública para as mulheres em situação de aborto. A segunda é que o nobre deputado se remeta às resoluções partidárias e se enquadre nelas a fim de representar os votos que recebeu e a sigla à qual é filiado, sob pena de responder em comissão de ética à transgressão cometida até agora. Sim à vida, sim à legalização do aborto.

Aborto e saúde pública

EMILIANO JOSÉ - 29/04/2007

A sociedade brasileira debate o tema do aborto há décadas. E sempre enfrenta a reação de religiosos, de variados matizes, que se colocam frontalmente contra o enfrentamento da questão como um problema de saúde pública. O aborto não constitui um assunto

exclusivo do Brasil. A ONU, revelava este jornal na edição de 18/4, em duas convenções, o reconhece como problema de saúde pública. Como deve ser. E não se trata de uma discussão teórica, sem impacto na vida da população, especialmente entre os mais pobres. Trata-se de um assunto que afeta milhares de jovens mulheres, sobretudo, e que tem implicado numa mortandade inaceitável decorrente, vamos falar claro, da hipocrisia da sociedade e do Estado brasileiro. Praticam-se o aborto higiênico, falemos assim, para as mulheres que podem pagar pela interrupção da gravidez, e um outro, monstruoso, sem quaisquer condições higiênicas, que tem provocado mortes e mais mortes das que enfrentam o aborto dessa maneira.

Enquanto a discussão esquenta em esferas eclesiásticas variadas, em geral conduzidas por homens, as mulheres, especialmente as mais pobres, vão ou para o matadouro de clínicas completamente desaparelhadas, para as mãos de profissionais inescrupulosos, ou então tentam os mecanismos artesanais, de variada espécie, que as levam ou à morte ou aos hospitais de emergência da rede pública. Se queremos falar da vida, da defesa da vida, falemos disso. Falemos do fato de que o aborto, em Salvador, é a principal causa exclusiva de mortalidade materna, de acordo com pesquisa realizada pelo Instituto de Saúde Coletiva da Ufba divulgada por este jornal. E é quarta causa nacionalmente. Por ano, em média, morrem 151 mulheres no Brasil devido a complicações decorrentes de aborto inseguro. São realizados 1,1 milhão de abortos não-legalizados por ano no País.

Vamos falar sério, se queremos falar da defesa da vida e vamos propor, defender, claramente, a existência de condições na rede pública de saúde que garantam a realização do aborto defendendo a vida das mulheres que, por variadas razões, pretendem realizá-lo. Portugal, Inglaterra, EUA, a maioria dos países europeus já deram passos decisivos nessa direção. O Congresso Nacional tem a chance agora, com o desarquivamento de projeto que permite a interrupção da gravidez até o terceiro mês da gestação, de enfrentar o problema. Está de parabéns o ministro da Saúde, José Gomes Temporão, ao defender o aborto como um problema de saúde pública. Nós temos que continuar defendendo o caráter laico do Estado brasileiro, que deve ser sempre um instrumento de defesa de sua população, para além das diversas convicções religiosas. Em defesa das mulheres, em defesa da vida, criemos as condições para reconhecer o aborto como problema de saúde pública e mudemos a legislação que pune criminalmente quem pratica a interrupção da gravidez, até porque tal legislação, outra vez, penaliza apenas as camadas excluídas do nosso povo.

Notícias Factualis

Pacote do governo tem pílula a R\$ 0,40

AGÊNCIA REUTERES E GLOBO SP – 29/05/2007.

O governo anunciou ontem a oferta de anticoncepcionais para farmácias e drogarias particulares credenciadas pelo governo ao preço de R\$ 0,40 a cartela. A oferta do medicamento com desconto de até 90% do preço de referência do produto é para atender mulheres que não buscam o Sistema Único de Saúde (SUS), onde os contraceptivos são gratuitos. Na rede pública, a meta do governo é ampliar a oferta de contraceptivos de 20 milhões para 50 milhões de cartelas este ano. Outros medicamentos, como

anticoncepcional injetável (dose mensal) e minipílula para uso durante a lactação, também estarão disponíveis nessas farmácias particulares credenciadas no programa “Aqui tem farmácia popular”. Atualmente, são quase 3,5 mil pontos de venda particulares credenciados em todo o País que vendem medicamentos contra diabetes e hipertensão mais baratos com a contrapartida financeira do governo. O objetivo é chegar a 10 mil pontos credenciados até o fim do ano, incluindo a oferta de contraceptivos femininos. As medidas serão acompanhadas por campanha publicitária e distribuição de material educativo. Ainda integram as medidas uma linha de financiamento federal de R\$ 30 milhões para humanizar o parto, como possibilitar a presença do pai ou acompanhante na hora do nascimento.

VASECTOMIA – O governo também quer estimular a realização de vasectomia na rede pública de saúde, um procedimento de 15 minutos que não exige afastamento pós-operatório, segundo o Ministério da Saúde. Dados oficiais revelam que foram realizadas em 2002, no SUS, 5.824 vasectomias. Em 2006, o total foi de 21.917. Para o ministro da Saúde, José Gomes Temporão, as medidas são necessárias porque não foram cumpridas metas de mortalidade infantil neonatal e materna. No primeiro quesito, a meta era de 15%, e o governo atingiu 14%. Já na materna, também com meta de 15%, só se chegou a 7%. Durante o anúncio do conjunto de medidas sobre planejamento familiar, o presidente Luiz Inácio Lula da Silva disse que agora espera cumprir as metas. “No segundo mandato, você pode fazer a reparação do que não consegue no primeiro mandato... No segundo mandato, temos mais leveza para governar porque não temos o peso da reeleição nas costas”, disse Lula, em discurso, no Dia Internacional da Saúde da Mulher e Dia Nacional da Redução da Mortalidade Materna. O ministro da Saúde, que causou polêmica ao defender o debate sobre o aborto às vésperas da visita que o papa Bento XVI fez ao Brasil neste mês, defendeu que o tema seja examinado pelo Congresso. “Essa questão tem que estar inserida em política mais ampla de planejamento familiar. Caberá ao Congresso Nacional definir se haverá mudança na legislação sobre o tema”, disse Temporão. “O governo está colocando a questão nos eixos para que as mulheres possam decidir”, completou.

FEMINISTAS — Organizações feministas avaliaram como positivo o lançamento do programa de planejamento familiar, mas fizeram várias críticas às políticas de saúde da mulher. Algumas consideraram que as medidas ainda são paliativas, principalmente para as regiões mais pobres do País. “Foi uma medida muito importante, porque, de fato, o planejamento familiar ainda não está disponível para quem mais precisa dele. Mas também acho que falta muita coisa, como a introdução da educação sexual em todas as escolas ou mesmo fazer chegar a contracepção de emergência (pílulas do dia seguinte) em todas as cidades”, afirmou Dulce Xavier, uma das coordenadoras da ONG Católicas pelo Direito de Decidir.

Mortalidade materna será alvo de fiscalização

DANILE REBOUÇAS - 29/05/2007

A partir do próximo mês, os municípios baianos serão mais cobrados na realização de ações que auxiliem na diminuição dos índices de morte de mulheres durante a gestação ou até 42 dias depois. Ontem, a Secretaria de Saúde do Estado (Sesab) empossou os 29

membros da comissão de monitoramento e avaliação da implantação do pacto estadual para redução da mortalidade materna e neonatal, determinada por Decreto 10.264, de março de 2007. A comissão vai contar com apoio do trabalho desenvolvido pelos comitês de investigação de mortalidade materna e neonatal. O grande objetivo será, com base na identificação das causas da mortalidade, trabalhar no combate através de ações específicas.

Para a pesquisadora do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC-Ufba), Greice Menezes, o trabalho previsto para a comissão é louvável e auxiliará muito no combate à mortalidade materna. No entanto, ela destacou que é preciso ter efetividade, porque grupos como este “correm risco de se tornar apenas uma instância burocrática para acalmar gestores de forma muito fria”. Greice Menezes é membro do comitê local e afirmou que desde a sua formação, há dois anos, nunca houve um funcionamento pleno e poucas ações do pacto foram postas em prática, o que contribui para a falta de políticas de combate na área, pois sequer há monitoramento das causas das mortes. A situação é admitida pela diretora de gestão de cuidado da Sesab, Débora do Carmo. “O comitê tem sido esvaziado, mas vamos reagrupar seus membros para que possamos retomar, reativar e reestruturar as atividades”, disse. Na comissão, a metodologia de trabalho será definida no primeiro encontro com os participantes – representantes do governo e da sociedade civil organizada – que deverá ocorrer no começo de junho.

Enquanto isso, a Bahia permanece com índices altos de mortalidade materna. De acordo com dados de 2004, eram 68,7 mortes para cada 100 mil nascidos vivos, sendo que, segundo a diretora Débora do Carmo, 92% desses óbitos podem ser evitáveis. A maioria está relacionada à falta de assistência durante o pré-natal. “Já temos normas, portarias e programas para reduzir esses índices, agora o grande desafio é colocá-los em prática”, ressalta Greice. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estipula como “aceitável” índice de até 20 mortes a cada 100 mil nascidos vivos. Até a próxima quinta-feira, uma equipe de saúde do Estado visita sete maternidades em Salvador. Serão distribuídos folhetos institucionais explicativos haverá palestras para os médicos residentes das instituições.

Mulheres fazem vigília contra a morte materna

LUISA TORREÃO- 30/05/2007

Vinte cruces de papel, pregadas na tela de proteção da sacada do primeiro piso da Estação da Lapa, na noite de ontem, contavam casos como o da estudante de baixa renda V.P.S., de 22 anos, que morreu ao sangrar muito, após fazer uso de uma sonda para abortar o namorado não queria assumir a criança e ela optou por interromper a gravidez. Em mais uma edição da Vigília pelo Fim da Violência Contra a Mulher, essa foi a forma com que o Fórum de Mulheres de Salvador se manifestou pela redução da mortalidade materna, cujo dia nacional foi celebrado anteontem. “A gente considera que a morte materna se configura como uma violência à mulher”, declarou uma das integrantes do grupo, Maria Eunice Xavier. Toda última terça-feira do mês, desde setembro do ano passado, o Fórum, junto com o Ceafro-Ufba e a Rede Feminista de Saúde da Bahia, se reúne em mobilização contra a violência de gênero, exibindo cartazes e faixas, na Lapa. O movimento acontece não só em Salvador, mas em diversas outras capitais, onde há representantes. Apesar de ainda pequena, a manifestação costuma atrair o olhar curioso

dos transeuntes que passam pela estação, como ocorreu na noite de ontem. A maioria era mulheres de expressões atentas e espantadas, contra poucos homens que paravam para ler os cartazes que reuniam 20 histórias de jovens mortas devido às complicações durante o parto, seja por mau atendimento médico ou tentativa de aborto. “Pelo menos, a gente tem conseguido chamar a atenção das pessoas, ampliando o número das que tomam consciência do problema“, comentou Maria Eunice.

ABORTO Residente de Periperi, a jovem de 17 anos J.F.J. interrompeu a gravidez sem que ninguém soubesse. Com dores e sangramento, ela passou por três hospitais, antes de receber alta como se seu estado de saúde estivesse normal. Voltou para casa, mas teve de ser novamente internada devido às complicações que a levaram à morte.

São casos como esse, ilustrado em uma cruz de papel, que fazem parte das tristes estatísticas de mortalidade materna. De acordo com a médica, pesquisadora do Instituto de Saúde Coletiva da Ufba, Greice Menezes, também integrante da Rede Nacional Feminista, pesquisas indicam que a cada 100 mil nascidos-vivos no País, 100 mães acabam mortas. O índice considerado limite pela Organização Mundial da Saúde (OMS) é de 20 óbitos por 100 mil nascidos vivos. Em países europeus, segundo Greice, o número de mortes não chega a 10. No Brasil, o aborto, apesar de proibido, é a primeira causa isolada do óbito materno. “A lei é para todas, mas só quem paga o pato são as mulheres que não podem pagar por um aborto bem feito“, criticou Maria Eunice.

O Fórum de Mulheres se posiciona a favor da descriminação da prática. “Defendemos que toda mulher deve ter direito sobre o seu corpo“, assegurou a militante. De acordo com a médica Greice Menezes, a maioria das mulheres mortas por atendimento médico precário e procedimentos inadequados de aborto tem baixo grau de escolarização e baixa condição financeira. “A morte materna não tem uma causa específica, mas tem a ver com a exclusão social das mulheres“, explicou. Apontando questões como as falhas da assistência hospitalar, as dificuldades ainda enfrentadas nas relações de gênero, ela esclareceu que há, de fato, “um conjunto de fatores que faz com que as mulheres paguem por esses problemas com suas próprias vidas“. Greice chamou atenção, ainda, ao fato de que a maioria dos casos de morte materna pode ser evitada.

Matérias

Aborto é a principal causa de morte materna em Salvador

KATHERINE FUNKE- 18/04/2007

Apesar de a interrupção da gravidez ser ilegal, a não ser em casos de estupro e risco de morte para a mãe, acontece o tempo inteiro. A cada três horas, uma mulher aborta na Bahia, segundo dados da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab). No ano passado, 26,7 mil baianas fizeram aborto de forma caseira ou clandestina, tiveram complicações e precisaram de auxílio médico da rede pública. Em Salvador, o aborto é principal causa exclusiva de mortalidade materna, de acordo com pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva realizada há cinco anos. Isso ocorre porque, sem dinheiro para pagar médicos que oferecem o serviço de forma segura, a maioria das mulheres recorrem a métodos perigosos para interromper a gravidez.

MORTES – Por ano, em média, 151 mulheres morrem no Brasil devido a complicações decorrentes de abortos inseguros, segundo dados do Ministério da Saúde referentes a

2004 e 2005. O órgão também informa que em torno 1,1 milhão de abortos não-legalizados são realizados por ano no Brasil. No ano passado, foram feitas 254.446 internações motivadas por curetagens pós-aborto no Brasil, ao custo de R\$ 37,1 milhões. Pelos custos que traz aos cofres públicos e pela gravidade das complicações, que podem levar à morte, o aborto inseguro é considerado uma questão de saúde pública pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Segundo dados da OMS, 37% das gestações no Brasil terminam em abortamento. “Se a menina que pode pagar vai à clínica onde faz o aborto com completa assepsia e sai no mesmo dia, por que as outras não podem? Então, esse direito à saúde é restrito a quem tem dinheiro para pagar um procedimento seguro?”, questiona o ginecologista Davi Nunes, 45 anos.

A opinião do médico é baseada em 15 anos de experiência em atendimento a mulheres que realizaram aborto clandestino e procuraram ajuda na rede pública de saúde em Salvador. Ele trabalha no Instituto de Perinatologia da Bahia (Iperba). Localizado no bairro de Brotas, o Iperba é o único hospital público do Estado que realiza o aborto em casos de estupro ou risco de morte da mãe, permitidos por lei. Até março deste ano, realizou apenas um procedimento do tipo. O instituto também recebe pacientes que praticaram o aborto de forma insegura. Nos primeiros três meses deste ano, realizou 322 curetagens. Para Nunes, que já viu pacientes morrerem por causa de complicações em aborto clandestino, a importância da legalização é oferecer o acesso universal ao atendimento e cuidados médicos. O ginecologista explica que as mortes e complicações graves acontecem, geralmente, quando se colocam na vagina objetos ou substâncias tóxicas que geram hemorragias e infecções muito difíceis de ser revertidas.

O aparecimento de medicamentos à base de misoprostol no mercado reduziu o índice de complicações pós-aborto, segundo Nunes. De fato, houve queda no número de internações na rede pública nos últimos anos, de acordo com dados da Sesab. O medicamento, de nome comercial Cytotec, foi retirado do mercado varejista há sete anos, por provocar contrações uterinas e a expulsão de fetos. A comercialização está restrita à hospitais, mas continua acontecendo de forma clandestina nas ruas de Salvador e de outros grandes centros urbanos do País. Mas o Cytotec clandestino não oferece garantia de qualidade, nem instrução médica de uso. Isto significa que algumas mulheres, sem orientação sobre como usar o remédio, prejudicam a própria saúde. E correm o risco de comprar Cytotec falsificado no Paraguai, o que pode levar a complicações no processo abortivo. Na classe médica, existem profissionais que são contra o aborto, como a pediatra Maria Elvira Costa Souza, presidente da Associação de Médicos Católicos, entidade que reúne 80 profissionais da área. “Aborto é morte, a morte de uma vida indefesa. Somos a favor da vida”, diz ela, expressando a posição da associação que preside. Maria Elvira explica que a vida é concebida desde o momento do encontro entre o óvulo e o espermatozóide. Ela, no entanto, defende a ampla discussão do aborto de forma que a sociedade possa ser informada. Um dos problemas que o debate sobre a liberação do aborto está levantando é a questão da morte materna. “O assunto não é para ser resolvido matando outro ser humano, mas, sim, abordando a questão como um problema de saúde pública que envolve o acompanhamento pré-natal durante a gestação”.

Jovens pobres são as maiores vítimas

A principal causa isolada de morte de mulheres grávidas em Salvador, e a quarta no Brasil, é o aborto clandestino. Por aqui, as vítimas são meninas pobres, negras, de idade

média 27 anos. Os dados são de pesquisa desenvolvida pelo Programa de Estudos em Gênero e Saúde (Musa), do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (Ufba), em 2002.

Outra pesquisa, capitaneada pelas universidades federais da Bahia, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul, em 2004, mostrou que o aborto é mais realizado por mulheres de maior escolaridade e renda. Do universo de 4.634 moradoras entrevistadas em Salvador, Rio e Porto Alegre, as de classe média abortam 4,5 vezes mais do que as de baixa renda; as de ensino médio e superior, 2,2 vezes mais do que as de menor escolaridade. A pesquisa também identificou que 16,7% das mulheres de 18 a 24 anos interromperam a primeira gravidez por vontade própria. “Ou seja, o aborto não é coisa de mulher pobre; faz parte da saúde sexual e reprodutiva”, explica a médica baiana Greice Menezes, coordenadora da pesquisa.

A mortalidade, contudo, ainda está restrita àquelas que não têm condições de pagar as clínicas particulares. “O aborto, no fundo, é um retrato da exclusão: a lei criminaliza todas as mulheres que o fizerem, mas só pune com a morte as pobres e negras”, afirma Greice. Com a reabertura da discussão pelo ministro da Saúde, José Gomes Temporão, o movimento social organizado de mulheres tem esperança de legalizar a prática. A análise é da antropóloga Cecília Sardenberg, 58 anos, diretora do Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre a Mulher, ligado à Universidade Federal da Bahia. articulação social chamada Jornadas Brasileiras pelo Aborto Legal e Seguro. O objetivo é pressionar o governo a cumprir as duas convenções das Nações Unidas que o País assinou, em 1994 e 1995. Pelas convenções, os países signatários reconhecem o aborto como problema de saúde pública e se comprometem a revisar leis que punem criminalmente quem praticar a interrupção da gravidez. A antropóloga afirma que pelo menos 300 mil brasileiras, reunidas nas convenções estaduais e na primeira convenção nacional da saúde da mulher, já se posicionaram a favor da legalização do aborto.

Elas cobrarão o cumprimento da decisão do governo federal em agosto, na segunda conferência.

CATÓLICAS – A especialista lembra que o Estado brasileiro é laico. Pela Constituição Federal, as decisões do governo, da Justiça ou a elaboração das leis não devem sofrer influência de qualquer igreja, seja católica ou não. “O papa pode determinar o que quiser para seus fiéis, mas não para a sociedade toda”, explica a antropóloga.

Um grupo de católicas brasileiras também não aceita as determinações oficiais do Vaticano no que tange à sexualidade. Elas formaram a organização não-governamental Católicas pelo Direito de Decidir para lutar contra a desinformação em torno do tema. “Não podemos criminalizar a mulher que interrompe a gravidez. Se a gente aprendeu dentro da igreja a lutar por justiça social, a não discriminar, então temos que lutar por esse direito das mulheres”, afirma a socióloga Dulce Xavier, 52 anos, integrante da ONG. (K.F.)

Legislação está em debate há 16 anos no Congresso

Portugal passou dez anos discutindo e acaba de aprovar a legalização do aborto até a décima-segunda semana de gestão. A Inglaterra tem 40 anos de aborto legalizado. A maioria dos países europeus já concedeu o direito de escolha às mulheres. Os Estados Unidos também. Já na América Latina, a maioria dos países permite o aborto nas mesmas condições que o Brasil. Ou seja, o procedimento é legal somente em dois casos:

estupro ou risco de morte para a mãe. Em Cuba, o serviço é oferecido na rede pública de saúde. Enquanto El Salvador e Chile proíbem completamente o procedimento.

ESFORÇO – No Brasil, um grande esforço para tornar esse direito universal por lei tem sido feito, de forma intensa, pelo menos desde o início dos anos 90. Em 1991, um projeto de lei sugeriu a alteração da lei que criminaliza as mães, pela supressão do artigo 124 do Código Penal Brasileiro. Os parlamentares discutiram, mas não chegaram a um consenso e não levaram o projeto à votação. Em 2005, uma comissão formada pelo governo e órgãos da sociedade civil elaborou um projeto de lei e encaminhou, à Câmara dos Deputados. Pelo documento, a interrupção da gravidez até o terceiro mês da gestação seria permitida em todo o País.

TRAMITAÇÃO – O projeto foi encaminhado pela ministra Nilcéia Freire, da Secretaria Especial de Políticas para Mulheres, e anexado aos anteriores. Tramitando sob o nº 1135/1991 na Câmara dos Deputados, o projeto até passou por discussões na Comissão de Seguridade Social e Família no ano passado. Foi arquivado por conta do recesso e do processo eleitoral. Há 15 dias, foi desarquivado e, se seguir a tradição do Congresso Nacional em relação assunto, deve passar por longos e burocráticos debates antes de ir à votação. (KF)

Índice piorou em Salvador entre 2004/2006

JANE FERNANDES - 24/05/2007

Em Salvador, a recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS) quanto ao número de leitos de UTI neonatal é atendida. A adequação ocorreu em junho do ano passado, após a inauguração da Maternidade Professor José Maria Magalhães Netto. No entanto, o índice de 1,04 leito por mil nascidos vivos não impediu o aumento na mortalidade de bebês com menos de 28 dias de vida. A meta do pacto nacional para redução desse indicativo é de uma queda de 15% em três anos. Porém, entre 2004 e 2006, o desempenho da capital baiana piorou 2,4%. O coordenador nacional do Pacto para Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, Adson França, ressalta que o crescimento estatístico pode não corresponder ao real. Nessa hipótese, os números refletiriam apenas uma melhoria no registro de óbitos infantis. A tese é reforçada pela assessoria da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), mas não aparece na argumentação da técnica de saúde da criança Suzana Mendes Almeida.

Integrante da Coordenadoria de Atenção e Promoção à Saúde da SMS, Suzana alerta que construir UTI neonatal não basta para impactar nessas taxas. “O componente neonatal é o mais complexo, tanto que os índices de mortalidade infantil caem mais rapidamente”. A maior dificuldade é percebida em todo o País. Basta ver que entre 65% e 70% das crianças brasileiras mortas antes de completar um ano de vida sequer chegaram ao 28º dia. A técnica explica que medidas como o incentivo ao aleitamento materno e o cumprimento da rotina de vacinação impactaram no pós-neonatal (após 28 dias e antes de 12 meses). Para interferir no quadro neonatal, destaca a adesão ao pré-natal e a qualidade desse serviço. Suzana considera o Programa de Saúde da Família (PSF) um grande aliado nesta batalha, mas dos municípios da região metropolitana, Salvador é a que apresenta a menor cobertura (19,3%). “A implantação nas grandes metrópoles é mais complicada”, argumenta. Sua expectativa é que as metas passem a ser atingidas a

partir do próximo ano, com a implantação do Comitê Municipal para Redução da Mortalidade Infantil e Fetal. A partir daí, o compromisso do pacto nacional (iniciando uma segunda fase) passa a ser uma queda de 5% ao ano. O tema também está contemplado nos Objetivos do Milênio (ODM), cuja idéia é reduzir os índices a um quarto até 2015.

MATERNA – Intimamente relacionada com as condições de sobrevivência de recém-nascidos, a mortalidade materna registrada na Bahia também é muito maior do que a taxa preconizada pela OMS. Enquanto a organização fixa o máximo aceitável em 20 óbitos por 100 mil nascidos vivos, o Estado teve um índice de 53,9 por 100 mil no ano passado (dados preliminares). Também contemplada como meta transversal dos ODM, na Bahia essa taxa teve uma redução de 18% entre 2005 e o verificado no ano passado. O coordenador nacional Adson França resalta que problemas como a pré-eclampsia, uma das principais causas de morte materna, também impactam diretamente no bebê. “O quadro de hipertensão vai provocar uma redução na oxigenação do feto”, explica. Além disso, a quarta causa mais comum de mortalidade neonatal é a hemorragia, ocorrência que tem profunda relação com as condições de saúde da parturiente

Leitos de UTI neonatal são insuficientes

Após abordar os efeitos da falta de saneamento sobre a saúde das crianças e apresentar a dura realidade vivida nas cidades de Sítiro Dias e Buritirama, a série Caminhos da Infância lança o foco sobre a morte de bebês que sequer completaram o primeiro mês de vida. São crianças nascidas de gestações de risco que, geralmente, não receberam um bom acompanhamento pré-natal e/ou não contaram com todos os recursos de tratamento logo ao nascer. A reportagem de hoje aborda a importância da existência de UTI neonatal na garantia da sobrevivência desses bebês especialmente frágeis. As implicações do pré-natal são temas da edição de amanhã.

JANE FERNANDES - 24/05/2007

Os hospitais da rede pública estadual oferecem 0,24 leitos de UTI (unidade de tratamento intensivo) por mil nascidos vivos. O número fica muito abaixo do recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que é um leito por mil nascidos vivos. A deficiência nesse serviço é um dos fatores que levam a Bahia a não conseguir alcançar as metas do Pacto Nacional para Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, firmado em março de 2004. O objetivo é reduzir os índices em 15% ao longo de três anos. No Estado, o índice de 15 óbitos neonatais por mil nascidos vivos registrado em 2006 é apenas 2% menor que o de 2004. Embora a média nacional do ano passado ainda não seja conhecida, entre 2004 e 2005 a queda em todo o Brasil foi de 7,1%, chegando a uma taxa de 14,1 óbitos/ mil nascidos-vivos. A importância da disponibilidade de leitos de UTI é evidenciada ao saber que, mesmo com todos os cuidados pré-natais (o que não corresponde à realidade brasileira – veja matéria da série amanhã), cerca de 10% das gestações serão de risco. Entre os nenéns que tendem a precisar de ajuda para sobreviver fora do corpo da mãe, estão os nascidos prematuramente.

Mulheres com diabetes, hipertensão, infecções congênitas, doenças sexualmente transmissíveis e problemas cardíacos também são candidatas a ter parto de risco. “A UTI reduz significativamente a mortalidade, ao permitir que crianças prematuras ou com

sofrimento fetal tenham possibilidade de sobrevivência”, afirma o vice-presidente do comitê estadual do pacto, Carlos Menezes. Dados do Ministério da Saúde mostram que apenas as regiões Sul e Sudeste conseguiram índices de mortalidade inferiores aos 10 óbitos/mil nascidos vivos admitidos pela OMS. No Nordeste, a média é de 20,7 óbitos a cada mil bebês nascidos com vida. A região é a que apresenta o pior desempenho em todo o país. Na opinião do vice-presidente do comitê, uma medida eficaz seria a mudança do perfil de assistência nos municípios com mais de 100 mil habitantes. A idéia é que estas cidades passem a ter leitos equipados para receber bebês com menos de 28 dias de vida (período neonatal) que apresentem dificuldade respiratória, precisem de cirurgias ou de outros cuidados específicos. A má distribuição fica clara quando se sabe que dos 56 leitos de UTI neonatal existentes na rede pública da Bahia, 39 ficam em Salvador.

ESTRUTURAÇÃO – “Por ser uma região de entroncamento, Feira de Santana deveria ser capaz de absorver a demanda própria e a gerada nas cidades vizinhas”, avalia Menezes. Os cinco leitos de tratamento intensivo, em funcionamento no Hospital Cleriston Andrade, atendem à taxa recomendada pela OMS. Apesar disso, a secretaria de saúde local, Denise Mascarenhas, diz que a procura é muito maior. Mesmo somando os oito leitos disponíveis no Hospital da Mulher (onde a morte de 16 bebês está sendo investigada) a estrutura ainda fica aquém da necessidade. No caso de Feira de Santana (108 km de Salvador), a diretora de regulação da Secretaria de Saúde do Estado (Sesab), Maria Conceição Benigno, acredita que o problema será resolvido após a construção, sem prazo definido, de um hospital pediátrico. Quanto aos demais municípios sem serviço de UTI neonatal, ela admite que não existem projetos de expansão sendo analisados. Na sua avaliação, a carência de atendimento não será resolvida somente com a construção de mais leitos intensivos. “Temos dificuldade em encontrar profissionais para suprir essas unidades”, aponta Maria Conceição.

De acordo com o Conselho Regional de Medicina (Cremeb) a Bahia tem apenas 11 profissionais especializados nesta área, o que representa menos de 0,1% do total registrado no Estado. Como estratégia para mudar esse quadro, a diretora de regulação vê a reestruturação na distribuição das bolsas de residência, das quais a secretaria é detentora. Assim, a criação de vagas atenderia às demandas registradas, buscando também uma gestão regionalizada para suprir as pendências de cada local. A diretora de regulação chama a atenção para a necessidade de ampliar o oferecimento de unidades semi-intensivas. Esses leitos ofereceriam cuidados especiais para bebês que já poderiam sair da UTI, mas ainda não podem compartilhar o espaço de alojamento com a mãe. Segundo Menezes, a recomendação da OMS é que existam 3 leitos de semi-intensiva por mil nascidos-vivos. Somando as unidades disponibilizadas pelo Estado na rede própria e credenciada, a Bahia tem um índice de 1,22 leitos/ mil nascidos-vivos.

Pré-natal é feito com negligência

JANE FERNANDES- 25/05/2007

O cartão de acompanhamento pré-natal comprova que as sete consultas recomendadas pelo Ministério da Saúde (MS) foram realizadas. Aline Souza Santos, 21 anos, também fez quatro ultra-sonografias e uma série de exames de sangue. Seu pré-natal seria um modelo a seguir, se não fosse um detalhe importante: o médico dela nunca fez nem pediu a verificação da sua pressão arterial. Mesmo informado de que a jovem havia

apresentado hipertensão durante a primeira gestação, o profissional não mudou a postura. “Ele disse que, durante a gravidez, isso era normal”, recorda Aline, que fez o acompanhamento no 3º Centro de Saúde (Liberdade).

O mais preocupante é que a baixa qualidade do atendimento pré-natal é um dos fatores que dificultam a redução da mortalidade neonatal no Estado. A taxa registrada em 2006 foi de 15 óbitos por mil nascimentos, valor 50% maior que o máximo admitido pela Organização Mundial de Saúde. As estatísticas do MS mostram a importância de monitorar a pressão sanguínea das mulheres grávidas. Dados coletados entre 2000 e 2004 mostram o grupo das alterações da pressão sanguínea como primeira causa de morte materna no País. Na Bahia, esses distúrbios perdem apenas para os problemas obstétricos. A hipertensão pode levar a gestante à eclâmpsia, caracterizada por convulsões ou coma. O problema também afeta o bebê gerando deficiência na oxigenação do organismo. Apesar dos riscos, o vice-presidente do Comitê Estadual para o Pacto de Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, Carlos Menezes, diz que essas falhas não são incomuns. Na avaliação dele, embora o País avance na média de consultas do pré-natal por gestação, a mudança não está se refletindo no número de óbitos ocorridos antes do 28º dia de vida. Para comprovar a tese de falhas no serviço, ele cita o fato de que 45% das crianças com sífilis congênita (passada de mãe para filho) têm nascido de gestações com pré-natal. “O acompanhamento está muito calcado na ultrasonografia. Às vezes, nem o peso da paciente é verificado”, acrescenta.

No caso da sífilis, o diagnóstico materno é feito a partir de um exame de sangue, e o tratamento para evitar a transmissão consiste no uso de antibióticos, iniciado até um mês antes do parto. O enfoque na qualidade do acompanhamento, no entanto, não significa que não restem carências quanto à adesão das gestantes ao pré-natal. No ano passado, apenas 34,1% das mães acompanhadas pelo sistema de saúde pública fizeram as sete consultas. Em Salvador, o resultado foi um pouco melhor: 46,1% das grávidas atenderam às recomendações do ministério. Ainda assim, 21% das baianas que tiveram filhos em 2006 compareceram a, no máximo, três atendimentos incluídos no pré-natal. Com isso, apesar de ter pactuado uma redução de 15% até 2007 na mortalidade neonatal, a queda registrada nos últimos dois anos foi de apenas 2%.

O diretor médico da Maternidade Professor José Maria Magalhães Netto, José Augusto da Costa, chama a atenção para o elevado índice de rompimento precoce da bolsa, gerando o nascimento de prematuros. O médico explica que o problema comumente é provocado por infecções que podem ser identificados no pré-natal. Grávidas com diabetes, problemas cardíacos, idosas, com infecções congênitas, hipertensas e com doenças sexualmente transmissíveis são exemplos de gestantes de risco. Nesse caso, o pré-natal pode ser feito na maternidade de referência, mediante encaminhamento de um médico de outra unidade. Apenas adolescentes até 17 anos podem se dirigir diretamente à unidade para receber o acompanhamento. O coordenador nacional do Pacto para Redução, Adson França, lembra que a identificação precoce de riscos é essencial para a redução de óbitos: o parto pode ser programado para uma unidade com UTI neonatal e adulta, para o caso de complicações.

Mortalidade materna aumenta

FABIANA MASCARENHAS- 28/05/2007

Complicações na gestação, no parto e no pós-parto são as principais causas de morte materna no mundo. No Brasil, embora existam deficiências de registro e notificação, dados do Ministério da Saúde revelam que o índice varia de 70 a 110 mortes para cada 100 mil nascidos vivos, valor consideravelmente superior a dos países desenvolvidos em que essa taxa varia de 4 a 10 mortes para cada 100 mil. Hoje, no Dia Nacional pela Redução da Mortalidade Infantil, podese perceber que quando se trata de evitar mortes ligadas à gravidez, o Brasil ainda tem inúmeras dificuldades para mudar o cenário. Na Bahia não é diferente. No ano de 2004, o índice foi de 68,7 óbitos por 100 mil nascidos vivos. Em série histórica da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (Sesab), as taxas de mortalidade para o Estado continuam elevadas – em torno de 64,7 óbitos por 100 mil nascidos vivos.

CAUSAS – De acordo com a obstetra e ginecologista Socorro Gomes, as principais causas da mortalidade materna – índice que contabiliza as mortes ocorridas durante a gestação, ou até 42 dias após o término da gestação – são a hipertensão arterial, a hemorragia, as complicações decorrentes do aborto realizado em condições inseguras, a infecção pós-parto e as doenças do aparelho respiratório. "Muitas vezes, a realização de exames simples pode prevenir complicações para a grávida e para o bebê. Por vezes, as mulheres correm riscos porque não se sabe que elas têm pressão alta ou diabetes", afirma, acrescentando que 98% dessas mortes poderiam ser evitadas todos os anos com medidas preventivas. A obstetra explica que o risco de morte materna está diretamente relacionado ao nível socioeconômico das mulheres – a baixa qualidade de assistência pré-natal, dificuldades de acesso ao leito obstétrico, baixa qualidade de assistência ao parto e o acompanhamento pós-parto inadequado, sobretudo em áreas rurais, são alguns destes fatores. "Essas causas podem ser contornadas com pré-natal de boa qualidade e assistência adequada no parto e no pós-parto. No entanto, no Brasil, muitas mulheres fazem um péssimo pré-natal e são recebidas por hospitais e equipes sem condições de atendê-las", afirma.

Além da má qualidade do acompanhamento na gestação, Socorro aponta a falta de planejamento familiar como agravante desse panorama. "Muitas das mulheres que morrem em função da gravidez são aquelas que não a desejavam, como as adolescentes e as mais idosas", considera a médica, acrescentando que os abortos realizados em condições clandestinas e inseguras também é outro fator que contribui para a mortalidade.

ATIVIDADES – A Fundação José Silveira estará hoje no bairro do Calabar, a partir das 8h, realizando campanha para a comunidade local com o objetivo de alertar sobre questões voltadas para a gestação de mulheres com patologias como pressão alta, diabete e anemia falciforme. A campanha faz parte do Programa Amparo (Anticoncepção para Mulheres com Patologias de Risco Obstétrico), desenvolvido e lançado este ano, no dia 8 de março, em homenagem ao Dia Internacional da Mulher, pela Fundação José Silveira. O Amparo presta assistência médica gratuita a mulheres em condições de risco para a gestação, de maneira preventiva para a saúde da mãe e do bebê. Os atendimentos acontecem na sede do IBR (Instituto Baiano de Reabilitação), em Ondina – uma das unidades da Fundação José Silveira. A Comissão Estadual de Monitoramento e Avaliação do Pacto Estadual pela Redução da Morte Materna também realiza evento, às 9 horas, no Centro de Atenção à Saúde (CAS), no Iguatemi, tendo em seguida uma apresentação de teatro de fantoches, com a peça "O destino de Maria". Outras

manifestações estão previstas para amanhã e quarta-feira em várias unidades de saúde de Salvador.

Descriminalização do aborto ajuda a mulher

AUDURI ANTUNES BARBOSA – 17/06/2007
AGÊNCIA ESTADO- CAMPINAS (SP)

Um dos principais pesquisadores latino-americanos na área de reprodução humana, anticoncepção e morbidade e mortalidade materna, o professor Aníbal Faúndes, do Centro de Pesquisas Materno-Infantis de Campinas (Cemicamp), defende a descriminalização do aborto. Aos 76 anos, o chileno é consultor permanente da Organização Mundial de Saúde e coloca em prática as idéias que defende, em favor da mulher. Para combater a mortalidade materna – que apresenta no Brasil um dos mais altos índices mundiais – ele garante não ter dúvidas em informar às mulheres a forma mais correta do uso do misoprostol, o nome genérico do remédio abortivo Cytotec. Assim, o professor Faúndes quer evitar que mais mulheres sofram as conseqüências físicas de um aborto clandestino que, em muitos casos, faz questão de frisar, podem levar à morte.

ABANDONADAS – Sônia, que prefere não se identificar com seu nome verdadeiro, é uma das mulheres atendidas no Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Caism) da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), estrutura de pronto atendimento emergencial para as áreas de ginecologia e obstetrícia. Ela foi salva, no centro, depois de um aborto clandestino. O centro aplica as pesquisas feitas pelo professor Faúndes no Cemicamp. “Eu estava desesperada. Não sabia a quem pedir socorro. Procurei uma aborteira e fiquei quase três dias sangrando. Minha irmã percebeu que a coisa era grave e me levou para o Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher”, conta a jovem, de 28 anos, cujo namorado não usou preservativo durante a relação sexual e desapareceu depois da gravidez indesejada. Uma outra paciente do Caism, Jandira, que também prefere não se identificar e nem se deixa fotografar, foi estuprada pelo ex-marido, depois de quase um ano separados. “Quando descobri que estava grávida de novo, falei com uma amiga que conhecia o trabalho da Unicamp. Foi difícil, uma coisa muito amarga. Mas consegui a autorização para fazer o aborto. Eles me ajudaram muito”, relata, contando ainda que tem três filhos e não recebe ajuda financeira do ex-marido. O professor chileno acredita que a lei que proíbe o aborto no Brasil não é justa e nem eficiente. Por isso, indica a “dose certa” do Cytotec quando é procurado. “Na dose certa, você tem pelo menos 95% de chance de que a gravidez vai ser interrompida. Não tenho problema em informar isso. Toda pessoa tem direito à informação correta”, defende, ressaltando que sempre vai tentar convencê-la a não fazer o aborto. Para Aníbal Faúndes, nenhuma mulher faz aborto porque gosta. “Não conheci nenhuma mulher que gostasse. Ela acha que é o certo, sente um imenso alívio depois de ter feito”.