



Maria Ligia Rangel-S
Natália Ramos
organizadoras

COMUNICAÇÃO E SAÚDE

PERSPECTIVAS CONTEMPORÂNEAS



COMUNICAÇÃO E SAÚDE

PERSPECTIVAS CONTEMPORÂNEAS

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

Reitor

João Carlos Salles Pires da Silva

Vice-reitor

Paulo Cesar Miguez de Oliveira

Assessor do Reitor

Paulo Costa Lima



EDITORA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

Diretora

Flávia Goulart Mota Garcia Rosa

Conselho Editorial

Alberto Brum Novaes

Angelo Szaniecki Perret Serpa

Caiuby Alves da Costa

Charbel Ninō El-Hani

Cleise Furtado Mendes

Evelina de Carvalho Sá Hoisel

José Teixeira Cavalcante Filho

Maria do Carmo Soares de Freitas

Maria Vidal de Negreiros Camargo

**Maria Ligia Rangel-S
Natália Ramos**

Organizadoras

COMUNICAÇÃO E SAÚDE
PERSPECTIVAS CONTEMPORÂNEAS

**SALVADOR
EDUFBA
2017**

2017, Autores.
Direitos para esta edição cedidos à Edufba.
Feito o Depósito Legal

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

Capa e Projeto Gráfico
Rodrigo Oyarzábal Schlabit

Revisão
Flávia Rosa

Normalização
Susane Barros

Imagem da capa
Freepik

Sistema de Bibliotecas – UFBA

Comunicação e saúde : perspectivas contemporâneas / Maria Ligia Rangel-S;
Natália Ramos (Org.)- Salvador: EDUFBA, 2017.
433 p.

ISBN: 978-85-232-1625-2
Inclui bibliografia

1. Comunicação na saúde pública. 2. Saúde pública - Brasil - Serviços de informação.
I. Rangel-S, Maria Ligia. 2. Ramos, Natália.

CDD - 362.10981

Evandro Ramos dos Santos
CRB-5/1205

Editora afiliada à



Editora da UFBA

Rua Barão de Jeremoabo, s/n – Campus de Ondina
40170-115 – Salvador – Bahia / Tel.: +55 71 3283-6164

Sumário

9 **Prefácio**

Antonio Albino Canelas Rubim

13 **Introdução**

Maria Ligia Rangel-S | Natália Ramos

PARTE I - MÍDIA E SAÚDE: PERSPECTIVAS E ABORDAGENS METODOLÓGICAS

35 **Capítulo 1 - Sites de Observatórios de Saúde: uma análise de forma e conteúdo**

Marcele Paim | Maria Ligia Rangel-S

51 **Capítulo 2 - Controvérsias públicas sobre Zika vírus: cobertura jornalística e enquadramentos**

Antônio Brotas | Victória Lobório Simões

71 **Capítulo 3 - A hegemonia do quadro (*frame*) técnico-científico em programas da série *Ser Saudável* na TV Brasil**

Márcia Cristina Rocha Costa

89 **Capítulo 4 - Sentidos da violência e gênero em materiais de campanhas brasileiras sobre a violência contra as mulheres**

Gabriela Lamego | Maria Ligia Rangel-S | Natália Ramos

105 **Capítulo 5 - Um modelo de análise do discurso noticioso em saúde**

Jane Mary de Medeiros Guimarães | Maria Ligia Rangel-S | Sebastião A. Loureiro de Souza e Silva | Adroaldo de Jesus Belens | Erika Santos de Aragão

127 **Capítulo 6 - A netnografia em comunidades virtuais como possibilidade de campo de pesquisa em Saúde Coletiva**

Adroaldo Belens | Maria Ligia Rangel-S | Jane Mary Guimarães

PARTE II – COMUNICAÇÃO, INTERCULTURALIDADE, EDUCAÇÃO E SAÚDE

149 **Capítulo 7 - Comunicação em saúde, interculturalidade e competências: desafios para melhor comunicar e intervir na diversidade cultural em saúde**

Natália Ramos

173 **Capítulo 8 - Informação e comunicação em saúde: um estudo com imigrantes brasileiros em Lisboa**

Lyria Reis | Natália Ramos

191 **Capítulo 9 - Educação e comunicação em saúde reprodutiva de mulheres timorenses em Portugal e Timor-Leste**

Helena Isabel Borges Manuel

207 **Capítulo 10 - Comunicação intercultural em saúde: contributos para a formação e cuidados de enfermagem**

Alcinda Reis | Ana Spínola

219 **Capítulo 11 - Comportamentos de risco na adolescência: contributos para a prevenção, educação e comunicação em saúde**

Luis Oliveira Nabais | Natália Ramos

PARTE III - SAÚDE, EDUCAÇÃO E TECNOLOGIAS DE COMUNICAÇÃO

245 **Capítulo 12 - Educação e comunicação na prevenção, segurança e saúde no trabalho**

Maria da Conceição Pereira Ramos | Olívio Patrício

265 **Capítulo 13 - As tecnologias de comunicação na prevenção e educação em saúde: o caso dos comportamentos aditivos na adolescência**

Ana Isabel Mateus Silva

281 **Capítulo 14 - Tecnologias de comunicação em educação permanente em saúde: aproximações de experiências brasileiras com o modelo pedagógico da UAb-Pt**

Maria Ligia Rangel-S | Natália Ramos | Giovanna Santana Queiroz

299 **Capítulo 15 - Construção da capacitação interdisciplinar na Clínica Integrada de Saúde do Centro Universitário UNA/BeloHorizonte/Brasil**

Maria Marta Amancio Amorim | Maria Cristina Santiago | Daniela Quadros de Azevedo

PARTE IV - COMUNICAÇÃO NOS CUIDADOS EM SAÚDE

319 **Capítulo 16 - Interações comunicativas no cuidado à saúde em um hospital público de Salvador-Bahia**

Maria Ligia Rangel-S | Ana Oliveira Barbosa | Andrija Oliveira Almeida

341 **Capítulo 17 - Comunicação nos cuidados de saúde: profissionais de saúde e mulheres vítimas de violência doméstica em Portugal**

Salete Calvino

365 **Capítulo 18 - Informação e comunicação nas redes de atenção a mulheres vítimas da violência**

Larissa Dantas | Maria Ligia Rangel-S | Francisca Eleonora Schiavo

387 **Capítulo 19 - A comunicação de saberes sobre os cuidados infantis na família e nos profissionais de Saúde em Portugal**

João Paulo Vieira Rodrigues | Natália Ramos

405 **Capítulo 20 - Anúncio da deficiência da criança. Experiências vivenciadas pelas famílias e melhoria de procedimentos profissionais**

Joaquim Gronita | Natália Ramos

425 **Sobre as organizadoras e autores**

Prefácio

Antonio Albino Canelas Rubim¹

Comunicação e saúde: perspectivas contemporâneas

As dissonâncias entre discurso e prática parecem ser uma das características da época contemporânea, perpassada por um fluxo vertiginoso de linguagens. Certamente, no Brasil, este descompasso apresenta-se como intenso e, também, histórico. Desde os anos 30 se proclama que a cultura brasileira é resultante da combinação, nem sempre tranquila, das culturas branco-ocidentais, negras e dos povos originários. Acontece que entre o discurso e as práticas das políticas culturais do estado brasileiro existe um verdadeiro abismo. Somente em 1988, ano do centenário da tardia “abolição” da escravatura, as lutas das comunidades negras conseguiram conquistar a primeira instituição cultural nacional dedicada especificamente às culturas afro-brasileiras, que têm presença vigorosa e vistosa no cenário nacional e mesmo internacional, a exemplo da capoeira, hoje presente em mais de 150 países no mundo. Com relação às culturas dos povos originários a situação mostra-se ainda mais grave. Depois do lamentável

¹ Pesquisador do CNPq e do Centro de Estudos Multidisciplinares em Cultura (CULT) da Universidade Federal da Bahia. Professor do Programa Multidisciplinar de Pós-Graduação em Cultura e Sociedade (Pós-Cultura).

genocídio a que foram submetidos seus povos, até hoje não há no estado nacional uma instituição voltada prioritariamente para a promoção e proteção de suas culturas. Só algumas iniciativas na gestão do ministro Gilberto Gil buscaram enfrentar tal ausência.

A lembrança do descompasso entre discurso e prática se impõe, quando nos defrontamos com a mitdisciplinaridade, que adquire centralidade neste livro. Invento propositalmente o termo mitdisciplinaridade para abarcar concepções pluridisciplinares, sejam elas: multi, inter ou trans. Não cabe aqui discutir as diferenças existentes entre elas e suas nuances. Importa sim assinalar que todas sofrem com as dissonâncias entre um discurso, que afirma exaustivamente sua relevância na atualidade, e a dificuldade prática a que são submetidas na vida cotidiana, inclusive em instituições, como agências de fomento científico e universidades, que deveriam estar abertas e atentas ao futuro. Entre reconhecer o conhecimento mitdisciplinar e seu apoio afetivo e efetivo existe um imenso vazio, quando não afloram potentes conflitos, riscos e tensões. Entidades como o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), que deveriam acolher e estimular o seu desenvolvimento, não possuem até hoje áreas mitdisciplinares para apoiar pesquisadores e projetos de investigação. As universidades não ficam atrás. Instituições de passado e presente disciplinar, apesar dos seus belos discursos, dificilmente têm conseguido criar estruturas mitdisciplinares, que alterem em substância sua configuração histórica disciplinar. Sem equacionar devida e efetivamente as interações entre conhecimentos disciplinares e mitdisciplinares, as universidades não se atualizam e comprometem seu futuro ao se distanciar das demandas de conhecimento provenientes da contemporaneidade. Exemplo escandaloso da interdição da abertura ao novo são os concursos docentes perpassados por lógicas, nas quais os requisitos corporativos acadêmicos disciplinares se sobrepõem à qualificação dos potenciais candidatos.

Todo este preâmbulo, já longo, serve para enaltecer o livro que apresento. Ele se situa exatamente nas fronteiras entre áreas disciplinares, no caso Comunicação e Saúde. Ele expressa investigações e conhecimentos mitdisciplinares produzidos por 25 pesquisadores de variadas instituições, oriundos de campos de saber diferentes e situados em diversas entidades localizadas no Brasil e em Portugal. Nele são desvelados temas diferenciados, presentes no enlace Comunicação e Saúde. As temáticas mobilizadas vão da Comunicação nos cuidados

da Saúde aos estudos acerca das modelagens existentes na divulgação da Saúde pela Comunicação, que aciona aparatos sociotecnológicos, sejam eles a mídia tradicional a exemplo da televisão, sejam as redes sociais digitais. Tais temáticas passam ainda pela utilização das tecnologias de Comunicação no campo da Saúde, cada vez mais invadido por dispositivos maquínicos, como também pelos fluxos culturais e interculturais que dão sentido aos cenários, nos quais ocorrem os diálogos entre Comunicação e a Saúde. Neste ambiente específico, as fronteiras do livro são estendidas de Brasil-Portugal para a Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP), com o estudo da educação e comunicação em saúde reprodutiva das mulheres timorenses em Portugal e Timor Lorosae.

O livro transpõe muitos obstáculos, inclusive aqueles conformados pelos desencontros entre discurso e prática. Seus textos expressam a busca, nem sempre fácil, de acionar conhecimentos de Comunicação e de Saúde para dar conta de problemas instalados nas regiões de fronteiras entre tais área de saber. O conhecimento mitdisciplinar é exigente, pois requer que seus agentes, saiam do conforto das suas zonas disciplinares de origem, para se aventurar em terrenos desconhecidos de outra disciplina, que devem ser assimilados de modo substantivo, ou em ambientes já conformados por horizontes mitdisciplinares. O trabalho, nessa perspectiva, não é nada fácil. Requer desprendimento e esforço para realizar este, sempre complexo, encontro.

Os desafios não terminam nas aventuras e desventuras advindas dos requisitos e universos mitdisciplinares, nem das visitas às teorias, enfoques, metodologias e técnicas mobilizadas no livro. Ele se introduz também através dos territórios denominados Brasil e Portugal. Eduardo Lourenço, interessante ensaísta português, em seu livro *Do Brasil: fascínio e miragem*, desvela alguns traços culturais singulares a serem considerados. A obsessão dos portugueses pela história e pelo passado, segundo ele, contrasta com o recurso dos brasileiros ao presente e ao futuro, talvez problematizados agora pela devastadora crise civilizatória vivenciada no Brasil pós-golpe de 2016, em vital contraste com o governo, apelidado pela direita de “geringonça”, que produz alternativas e esperanças em Portugal. A recordação dos desafios Brasil-Portugal se deve a presença da professora portuguesa Natália Ramos como uma das organizadoras do livro, ao lado da docente brasileira Lígia Rangel. Conheço Natália Ramos há muitos anos. Com ela organizei o livro *Estudos da Cultura Brasil-Portugal*. Ela transita de modo incessante e interessante entre saberes, com suas investigações

interculturais multidisciplinares. Mais que isto, a colega desenvolve um esforço expressivo, visando reconectar Brasil-Portugal, muitas vezes mais distantes que deveriam estar, conforme as sábias reflexões de Eduardo Lourenço. A outra organizadora, Lígia Rangel, que também conheço faz tempo como colega da Universidade Federal da Bahia (UFBA), recém-chegada de seus estudos portugueses, tem se dedicado de modo vital aos estudos multidisciplinares, em especial às articulações entre Comunicação e Saúde, agora inseridas nos enlaces entre os dois países.

Para concluir este prefácio já avantajado, resta convidar os leitores para uma visita aos meandros da Comunicação e Saúde em territórios luso-brasileiros.

Introdução¹

Maria Ligia Rangel-S
Natália Ramos

Na sociedade contemporânea as áreas de comunicação e saúde passaram a se configurar como um novo campo de interface de produção de saberes, teorias, métodos e práticas, pois que nesta sociedade circulam os mais diversos discursos sobre saúde, que propagam o autocuidado vinculado à crescente diversidade e oferta de bens e serviços voltados para a promoção da saúde e prevenção de doenças, ainda que permaneçam os discursos e práticas higienistas. São variadas as fontes de informação e conhecimento e as modalidades de comunicação, tornando complexa a definição e intervenção na área da saúde. Discursos ideológicos e culturais sustentam os modos de produzir e consumir bens e serviços de saúde. Assim, “[...] diversos contextos são invocados pelos participantes para dar sentido às narrativas sobre saúde: a globalização, o desenvolvimento científico e cultural, os meios de comunicação, a família, o trabalho, o lazer, a vida urbana, o trabalho.” (RANGEL-S; LAMEGO, 2014, p. 62)

1 N. do E. Para os textos de autores portugueses, manteve-se o português europeu.

O advento das Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) cursou com o crescimento exponencial do volume de informações e conhecimentos na sociedade contemporânea, ampliando a disponibilização da informação na internet sob a forma de mídias diversas como áudio e vídeo que vieram a produzir transformações em diversas áreas da vida social, inclusive a saúde e a educação. A área da comunicação e saúde então se vê desafiada a buscar meios para que a população possa ter acesso à informação produzida no meio acadêmico, em linguagem menos técnica e mais adequada à compreensão de todos e, sobretudo o potencial destas mídias para a melhoria do acesso ao conhecimento científico. (TEIXEIRA et al., 2010)

Por seu turno, as sociedades e universidades contemporâneas esforçam-se para reconhecer e operar em contextos multiculturais, globalizados e múltiplos, de produção cultural diversificada, visando o desenvolvimento, comunicação, interculturalidade, interdisciplinariedade e inclusão social, voltados para o acolhimento dos distintos saberes, a abertura às inovações tecnológicas, a promoção dos direitos humanos, a formação intelectual e construção das sociedades e a constituição de instituições abertas e em rede, atuando no campo da formação, da produção do conhecimento e da comunicação com a sociedade. (PEREIRA et al., 2007; SOBRAL; RAMOS, 2013a, 2013b, 2016; RAMOS, 2013; UNIVERSIDADE FEDERAL DO SUL DA BAHIA, 2014)

A construção de interface dos campos da comunicação e da saúde passou a ser problematizada desde a década de 1990 do século passado no Brasil e em Portugal, quando autores brasileiros e portugueses, e instituições dos dois países, se dedicaram a traçar algumas importantes reflexões e sinalizações sobre os modos e momentos em que a interface e articulação desses dois campos sofrem inflexões observáveis nas práticas de comunicação no campo da saúde e nas práticas de saúde no campo da comunicação e com a criação de formação especializada na área. (FAUSTO NETO, 1995; PITTA, 1995; RAMOS, 1997, 2001, 2004, 2007, 2008a, 2008b 2008c, 2009, 2012a, 2012b, 2012c, 2015; TEIXEIRA, 1997)

Pode-se afirmar que a Comunicação e Saúde se desenvolve no Brasil na década de 1990, quando cresce o pensamento crítico nessa interface, no contexto do processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS). Inaugura-se, a partir daí um novo campo de saberes e práticas, evidenciado através da produção de conhecimento em publicações científicas (RANGEL-S; GUIMARÃES; BELENS, 2014), quando essas áreas disciplinares se interconectam e dão lugar

a um conjunto de saberes e práticas relacionadas aos modelos de atenção à saúde e às políticas de saúde.

Ao longo do período de implantação do SUS, este sob a orientação dos princípios da universalidade, integralidade e equidade, a partir da década de 1990 intensificaram-se processos de inovação tecnológica que vieram a impactar no setor saúde, com numerosas transformações científicas e tecnológicas nas duas décadas finais do século XX. Assim, expande-se o acesso à informação em todas as áreas; redes telemáticas modificam relações comunicacionais e noções de tempo e espaço, e são propiciadas e ampliadas as interações presenciais e a distância, que vão impactar nas práticas de saúde e de educação. Desse modo, a área de saúde passa a se conectar com diversos campos de conhecimento, com maior facilidade e intensidade, através da criação das redes sociais criadas, que potencializam o debate público em torno de temas e problemas específicos.

Esses fatos evidenciam o caráter interdisciplinar da saúde e transversal da comunicação, ressaltando seu potencial de produção e disseminação de múltiplos sentidos, na sociedade contemporânea, caracterizada pela forte presença de meios de comunicação que impactam nas mais diversas práticas e relações sociais. Assim, por meio das novas tecnologias, pessoas e grupos sociais se aproximam, ainda que vivendo em lugares distantes, intensificando-se a interação social. São notórias as transformações que ocorrem na interface da comunicação e saúde, incluído as práticas educacionais e as práticas de cuidado à saúde, seja no nível dos serviços de saúde e instituições educativas, seja no nível de uma sociedade em que se expandem o auto cuidado à saúde e a auto aprendizagem, ambos mediados pelos meios. De todo modo, nessa sociedade, potencializa-se o debate público de ideais de saúde e educação que passam a se expandir em várias direções, modificando relações, gerando novas necessidades e demandas.

No campo das políticas de saúde, surgem iniciativas que relacionam a comunicação e a educação ao direito à saúde e à participação pública, em atenção ao princípio da participação social, através do exercício do controle social da população sobre o SUS, como forma de exercício desse direito social. Modelos transferenciais de comunicação e educação são questionados e criticados e dão lugar a grupos de pesquisa que se afinam com o projeto ético-político da Reforma Sanitária e do SUS. De um lado, trata-se de contribuir com a formulação de políticas de comunicação em diversos espaços institucionais e produzir diretrizes que aproxime as práticas de comunicação aos princípios do SUS

(ARAÚJO; CARDOSO, 2007a), às questões relacionadas às práticas de Vigilância Sanitária, considerando a realidade sociocultural, política e econômica da sociedade brasileira (COSTA; RANGEL-S, 2007; RANGEL-S, 2007a; FALCÃO; RANGEL-S, 2008); a situações de risco à saúde do ambiente e do trabalhador. (RANGEL-S, 2003, 2005, 2006) Propõe-se, então, a comunicação e saúde como um novo campo de saberes e de práticas (ARAÚJO; CARDOSO, 2007a; FAUSTO NETO, 1995; PITTA, 1995), visando a construção de um novo olhar para essas práticas, no sentido de modificá-las, reconhecendo os limites e tensões que coexistem nas interações comunicativas da sociedade e no cotidiano dos serviços de saúde. Todos esses são exercícios de construção e implantação de práticas inovadoras, em busca de novas perspectivas teóricas e metodológicas para as práticas e políticas de comunicação, que valorizem o diálogo, a participação, respeitando-se a diversidade cultural e social e compreendendo as implicações econômicas, políticas e sociais dos modos de produção, circulação e apropriação de produtos e mensagens. De outro lado, trata-se de incorporar criticamente inovações metodológicas e tecnológicas a processos educativos, em consonância com os novos modos de viver e aprender nessa sociedade. Nesse sentido, as tecnologias de comunicação podem contribuir para propiciar a educação de logo alcance, assegurando-se qualidade, mediante práticas interativas, colaborativas e participativas; assim como se busca a utilização de metodologias em processos educacionais que se configurem como tecnologias capazes de enfrentar o desafio da interdisciplinaridade e fomentar a aprendizagem combinando aspectos humanísticos e tecnológicos.

Assim, no Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA), desenvolveram-se desde então práticas de ensino e pesquisa em torno dessas temáticas, em cursos de Graduação e Pós-Graduação em Saúde Coletiva, conformando-se o Grupo de Pesquisa em Educação e Comunicação em Saúde.

Em Portugal, a articulação interdisciplinar entre saúde e comunicação, veio desde a década de 90 do século XX, desenvolvendo-se novas áreas de conhecimento, de pesquisa, de intervenção e de formação e colocando novos paradigmas e desafios estratégicos, políticos, teóricos e metodológicos. A Universidade Aberta tem contribuído de forma pioneira e inovadora para o desenvolvimento da Comunicação e Saúde na Europa, ao nível dos diferentes níveis de ensino, sobretudo ao nível da formação pós-graduada e da investigação, ao criar em 1997 o primeiro Mestrado em Comunicação em Saúde em Portugal (RAMOS,

1997), baseado numa perspectiva holística, multidimensional e multi/interdisciplinar, tendo em vista o desenvolvimento de conhecimentos, estratégias e competências teóricas, metodológicas e instrumentais, ao nível da comunicação e saúde, e aplicáveis ao nível da intervenção e da investigação nos no campo da saúde em contextos variados: educacionais, sociais, interculturais, clínicos, de gestão organizacional e dos media. Desde a década de 1990, que através da formação graduada e pós-graduada, da investigação e da divulgação e publicação científica tem desenvolvido e consolidado a área da comunicação em saúde, especialmente através do Grupo de Investigação “Saúde, Cultura e Desenvolvimento”, do Centro de Estudos das Migrações e Relações Interculturais (CEMRI), Universidade Aberta. (RAMOS, 1996)

Seja na América Latina ou na Europa, essa área de interface configura-se como um campo promissor de pesquisa e de ensino, contudo, é ainda uma área em construção e desenvolvimento ao nível da formação, da pesquisa e da intervenção, que experimenta teorias e métodos sobretudo das ciências sociais, mas também das ciências da saúde, aplicadas, nas mais variadas vertentes, evidenciando a riqueza de possibilidades de compreensão desse universo complexo.

A necessidade de conhecer, aproximar e intercambiar experiências brasileiras e portuguesas através de perspectivas transnacionais e interculturais levou os Grupos de Investigação em “Saúde, Cultura e Desenvolvimento” do CEMRI, Universidade Aberta, Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT), Portugal, e o Grupo de Pesquisa em “Educação e Comunicação em Saúde” do ISC/UFBA-Brasil, a explorarem diversas perspectivas da pesquisa nessa área, na atualidade, tendo em vista os enfoques e intercâmbios de estudos e formações adotados por esses grupos e instituições. Assim, teve lugar em outubro de 2016, o “Seminário Internacional de Comunicação e Saúde”, que promoveu o diálogo das experiências e saberes cruzados entre os dois grupos e investigadores dos dois países, via web conferência, nas cidades de Salvador e Lisboa, na continuação de outras colaborações já realizadas entre a UFBA e a UAb.

As diversidades, especificidades e complementariedades da produção científica em curso nos dois grupos propiciaram a organização deste livro, dividido em quatro partes.

Na Parte I, intitulada “Mídia e Saúde – Perspectivas e Abordagens Metodológicas”, a ênfase recai sobre a relação da mídia com a sociedade brasileira, no que diz respeito à saúde. São apresentados seis estudos, com perspectivas teórico-metodológicas distintas, que atendem à diversidade e complexidade de

objetos de estudo, evidenciando possibilidades analíticas variadas dos discursos midiáticos.

No primeiro capítulo, sob o título “Sites de Observatórios de Saúde: uma análise de forma e conteúdo”, Marcele Paim e Maria Ligia Rangel-S propõem um estudo original que considera os observatórios de saúde como reflexo da convergência e interatividade proporcionadas pelo advento das novas TIC, cujo uso é crescente nas mais diversas regiões do mundo. O capítulo tem por objetivo elaborar bases para um estudo de forma e conteúdo de sites de observatórios de saúde pública e saúde coletiva. A partir da fundamentação em referenciais teóricos para avaliação de sites, as autoras buscaram uma taxonomia para analisar sites de observatórios. Após a identificação de observatórios brasileiros e internacionais, dedicados à temática da saúde pública, apresenta uma proposta metodológica baseada na definição de cinco dimensões, contemplando a elaboração de um roteiro de observação. Através das notas obtidas com a aplicação desse instrumento, conclui com uma reflexão sobre os limites e possibilidades dos observatórios de saúde pública e coletiva em se constituírem como uma nova ferramenta, enquanto tecnologias possíveis para democratização do acesso ao conhecimento das políticas de saúde, facilitando a troca de saberes em torno delas.

No segundo estudo “Controvérsias públicas sobre Zika vírus: cobertura jornalística e enquadramentos”, Antônio Brotas e Victória Libório, fundamentam-se na Teoria do Enquadramento, e apresentam e analisam os quadros utilizados por dois jornais digitais, durante o período de controvérsia pública da emergência sanitária provocada pela epidemia do Zika vírus e distúrbios neurológicos associados. O estudo investigou as 1005 matérias publicadas nos veículos jornalísticos online *Correio 24 horas*, jornal baiano, e *Folha de S. Paulo*, de editoria nacional, desde quando primeiro surgiu a doença misteriosa no jornalismo, em 1º de abril de 2015, até a estabilização da controvérsia de Zika um ano depois, em 31 de maio de 2016. Foram identificados os enquadramentos: progresso científico, incerteza técnica e riscos, comportamento e responsabilização individual, ético e moral, sociocultural e ambiental e econômico/mercadológico e os sentidos sociais da epidemia. A narrativa disponibilizada pelos jornais emergiu de diferentes centros de informação, muitas vezes não-científicos, demonstrando as diferentes posições que os agentes ocupam durante uma controvérsia pública da ciência em saúde.

No terceiro, Márcia Cristina Rocha Costa, estuda “A hegemonia do quadro (frame) técnico-científico em programas da série *Ser Saudável* na TV Brasil”. É também uma análise do enquadramento, nesse caso de um programa de TV, sobre doenças que mais afetam os brasileiros, a saúde do idoso e a saúde da família. Considerando os quadros como “pacotes interpretativos” construídos e partilhados socialmente, a análise evidencia a força cultural do modelo biomédico que predomina nesses discursos televisivos.

No estudo “Sentidos da violência e gênero em materiais de campanhas brasileiras sobre a violência contra as mulheres”, Gabriela Lamego, Maria Ligia Rangel-S e Natália Ramos analisam os discursos sobre violência contra as mulheres presentes em materiais audiovisuais produzidos por campanhas educativas brasileiras direcionados ao público masculino. Foram selecionados dois vídeos de campanhas realizadas nos anos de 2004 e 2011. Os vídeos foram tomados como textos e analisados a partir das categorias teóricas oriundas da Teoria da Interpretação de Ricoeur, a saber: conteúdo proposicional, leitor implicado, relação autor e leitor, observando-se os significados de violência e gênero propostos no texto/discurso/vídeo. Na análise comparativa dos dois vídeos, é possível encontrar semelhanças e diferenças na abordagem da temática da violência contra as mulheres. Entre as semelhanças, destaca-se a filiação dos discursos à perspectiva feminista de gênero e, como diferença, o uso de duas estratégias para a construção das narrativas: a ficcional e a presença de artistas, ambas se apresentam com formas diversas de produzir enredos e interações com os espectadores.

No quinto estudo, Jane Mary Guimarães, Maria Ligia Rangel-S, Sebastião A. Loureiro de Souza e Silva, Adroaldo de Jesus Belens e Erika Santos de Aragão, também fundamentadas na Teoria da Interpretação de Paul Ricoeur, desenvolvem uma metodologia para análise de notícias sobre diabetes em revistas impressas, apresentada no capítulo sob o título de “Um modelo de Análise do Discurso Noticioso em Saúde”. A temática que caracteriza o objeto de estudo é a relação que a mídia impressa (revistas) tem, ao disseminar notícias, com o fortalecimento da hegemonia de uma economia de mercado, evidenciada em diversos estudos, principalmente a partir da análise dos sentidos discursivos sobre a área da saúde, na qual as notícias, de acordo com a literatura estudada, são consumidas coletivamente, originando necessidades historicamente determinadas. Ou seja, compreende-se que a mídia se constitui como um meio de comunicação capaz de disseminar informações e influenciar ações, que poderão viabilizar a

incorporação de inovações tecnológicas em saúde, e aumentar o consumo de bens e serviços lançados no mercado. Busca-se compreender a contribuição da mídia impressa na produção de demandas e necessidades de consumo dos produtos e cuidados na prevenção do diabetes. Afinal, as inovações disseminadas na mídia traduzem, na notícia, os jogos de interesses de uma economia de mercado e influenciam na produção de demandas e necessidades em saúde, a partir do convencimento. Portanto, o discurso noticioso apresenta-se como um instrumento de legitimação de uma estratégia de disseminação de tecnologias de saúde ofertadas no mercado, gerando necessidades de saúde que fortalecem a hegemonia desse próprio mercado.

No último estudo desta parte da obra “A Netnografia em comunidades virtuais como possibilidade de campo de pesquisa em Saúde Coletiva”, Adroaldo Belens, Maria Lígia Rangel-S e Jane Mary Medeiros Guimarães discutem a riqueza da Netnografia para a realização de estudos que tomam a internet como campo de pesquisa. Concebida por alguns estudiosos como uma etnografia *on-line*, que tem como objetos de pesquisa os discursos em sites, blogs, comunidades virtuais, enfim na cultura digital, volta o interesse para a interatividade dos participantes, discursos e conteúdos produzidos e para a formação das conexões da rede social, possibilitadas pela Comunicação Mediada por Computador (CMC). Observa que a produção e análise de dados não acontece de modo separado, pois se constitui a partir de três tipos de capturas: dados arquivais, dados extraídos e dados de notas de campo, em comunicações mediadas por computador. O método pode ser usado em estudos em saúde, todavia, é imprescindível romper com a dicotomia virtual x real para a compreensão de campos de experiência na internet. O objeto da investigação netnográfica deve concentrar-se no fluxo da informação e na conectividade, em vez de na localização e fronteira como princípio de organização social, o que requer criatividade e capacidade para a análise da produção dos sentidos das postagens compartilhadas em comunidades estudadas.

A Parte II deste livro é dedicada à temática da “Comunicação, Interculturalidade, Educação e Saúde”, sendo constituída por cinco capítulos que apresentam investigações que incidem sobre questões teórico-conceituais, metodológicas, empíricas, éticas e práticas relacionadas com a abordagem da comunicação, numa perspectiva de saúde, intercultural, educacional e de prevenção. Cabe ressaltar que a dimensão intercultural da interação usuários dos serviços de saúde e profissionais de saúde, seja em práticas assistenciais ou de prevenção de

doenças, é tradicionalmente uma dimensão esquecida, valorizando-se mais a técnica do que as especificidades socioculturais dos sujeitos envolvidos.

Para fazer frente a essa situação, os estudos dessa parte do livro evidenciam a atualidade e a importância da comunicação em saúde e da comunicação intercultural ao nível da pesquisa, da formação e da intervenção em saúde, sobretudo em contextos de saúde multi/interculturais e migratórios. O encontro interdisciplinar entre saúde, comunicação e cultura coloca novos desafios estratégicos e políticos na prevenção, informação, comunicação, educação e promoção em saúde, bem como na organização dos serviços de saúde e na prática clínica.

O primeiro estudo, de autoria de Natália Ramos, aborda a problemática da “Comunicação em saúde, interculturalidade e competências: desafios para melhor comunicar e intervir na diversidade cultural em saúde”. A autora sublinha como na contemporaneidade, a globalização e a mobilidade das populações aumentaram os contatos interculturais e a coabitação com a diversidade cultural, contribuindo para intensificar a multiculturalidade na sociedade e para aumentar a complexidade das relações interpessoais, comunicacionais e interculturais, particularmente no âmbito da saúde. Ressalta que estas novas problemáticas sociais e (inter)culturais vieram lançar novos desafios, questões e perspectivas relacionadas à comunicação em saúde e intercultural em contexto pluricultural; colocar questões relativas à comunicação, informação e relação entre usuários e profissionais de saúde, à acessibilidade, qualidade, equidade, direitos humanos e cidadania em saúde dos migrantes e minorias, bem como incentivar a promoção de estratégias, políticas públicas e competências para melhor intervir nos cuidados de saúde, especialmente em contextos de diversidade cultural. O texto analisa e discute alguns destes desafios e questões teóricas, metodológicas, epistemológicas e práticas decorrentes do diálogo interdisciplinar entre saúde, comunicação e cultura a partir de investigações em contexto português e internacional.

A segunda investigação, “Informação e comunicação em saúde: um estudo com imigrantes brasileiros em Lisboa”, tem por base a pesquisa de doutoramento da autora Lyria Reis, orientada por Natália Ramos, sobre questões de saúde e comunicação relacionadas com mulheres e homens originários do Brasil e residentes em Portugal. São apresentados resultados de uma pesquisa que teve como um dos objetivos analisar de que forma as mudanças decorrentes dos processos de mobilidade do Brasil para Portugal e de adaptação, “aculturação psicológica” (RAMOS, 2004, 2008d), poderão afetar a saúde de imigrantes

brasileiros, e também de que modo o conhecimento, a informação e a comunicação poderão influenciar a acessibilidade aos serviços de saúde e a qualidade de vida e saúde destes imigrantes.

Já o terceiro estudo, de autoria de Helena Isabel Borges Manuel, é dedicado à “Educação e comunicação em saúde reprodutiva de mulheres timorenses em Portugal e Timor Leste”. São apresentados alguns resultados da investigação aprofundada que a autora realizou no âmbito da sua dissertação de mestrado e tese de doutoramento, orientada por Natália Ramos, sobre conhecimentos, crenças, atitudes e práticas, relativas ao planeamento familiar, de mulheres timorenses residentes em Portugal e em Timor-Leste. Os resultados salientam que para as mulheres imigrantes timorenses em Portugal, os problemas económicos, o desempenho de novos papéis sociais e a modificação da estrutura familiar levaram à ocorrência de algumas mudanças nas suas representações e práticas de planeamento familiar, especialmente a redução do número desejado de filhos e maior busca por recursos de contraceção. Em relação às mulheres timorenses residentes em Timor-Leste e pertencentes a diferentes grupos étnico-culturais, os resultados revelam a valorização de famílias numerosas, com um número elevado de filhos e baixa busca por recursos de contraceção, embora tenha sido implementado no país um programa geral de planeamento familiar. A investigação realça as dificuldades de comunicação como um aspecto que compromete a competência dos profissionais de saúde para lidarem com os diferentes grupos étnico-culturais, devido ao desconhecimento destes dos valores, crenças e práticas de saúde dos usuários, o que pode comprometer a qualidade e a eficácia dos cuidados de saúde prestados.

No quarto estudo, “Comunicação intercultural em saúde: contributos para a formação e cuidados de enfermagem”, da autoria de Alcinda Reis e Ana Spínola, apresenta-se uma investigação desenvolvida no âmbito das competências culturais nos enfermeiros e do processo de comunicação intercultural em saúde, cujos resultados foram posteriormente mobilizados no contexto do processo de ensino-aprendizagem de estudantes da licenciatura em enfermagem. Nesse contexto de formação, definiram-se diferentes etapas, de acordo com as evidências anteriormente produzidas, visando desencadear-se o processo de construção de competências culturais e analisar a construção dessas competências nos estudantes da licenciatura em enfermagem, partindo de situações estímulo em sala de aula – narrativas de enfermeiros.

O quinto e último estudo desta segunda parte, “Comportamentos de risco na adolescência e prevenção: importância da educação e comunicação em saúde”, resulta da investigação de doutoramento do autor Luis Oliveira Nabais, orientada por Natália Ramos. Este capítulo analisa a problemática dos comportamentos de risco na adolescência e a sua prevenção, através de uma contextualização social, cultural e dinâmica contemporânea, em que se evidenciam as transformações ocorridas nas instituições, nas relações entre os indivíduos e nos valores éticos, culturais e morais, bem como alguns elementos de relacionamento entre o conceito de risco e a sociedade atual, marcada pela incerteza, insegurança e mobilidade. Os resultados da investigação salientam que a natureza e a qualidade dos contextos familiares e sociais podem ser geradores de vulnerabilidade psicológica e social, que por sua vez potencializam comportamentos de risco na adolescência. A informação, a comunicação, o ensino e a educação, mobilizados na e entre a escola, a família e a comunidade, constituem-se como elementos indispensáveis no desenvolvimento de competências e de estratégias de prevenção e de construção de comportamentos e estilos de vida saudáveis na adolescência.

A Parte III, intitulada “Saúde, Educação e Tecnologias de Comunicação”, é constituída por cinco capítulos, referentes a estudos realizados em Portugal e no Brasil.

Essa parte do livro aproxima as questões da comunicação às da educação na área da saúde, mobilizando recursos teórico-metodológicos para compreender o potencial e os limites de tecnologias de comunicação em práticas educativas, em diferentes contextos.

O primeiro capítulo, “Educação e comunicação na prevenção, segurança e saúde no trabalho”, da autoria de Maria da Conceição Pereira Ramos e Olívio Patricio, analisa e discute as transformações laborais das últimas décadas, incitadas pela evolução tecnológica e social e pelos novos modelos de organização e gestão, as quais modificaram a natureza do trabalho e o espaço dos riscos e doenças profissionais, desencadeando novos desafios para a Saúde e Segurança no Trabalho (SST) e para grupos de trabalhadores mais vulneráveis, exigindo meios para melhorar a educação, a informação, a comunicação e a compreensão dos riscos novos e emergentes, assim como o modo de preveni-los e controlá-los. O estudo acentua a necessidade de construir uma cultura de segurança e saúde laborais e a adoção de um sistema preventivo e holístico que promova a saúde ocupacional e a qualidade de vida no trabalho. Destaca ainda a

importância de uma maior sensibilização e conscientização dos trabalhadores, empregadores e sociedade em geral, assim como o aperfeiçoamento das estratégias preventivas, pois o sucesso de uma política de saúde e segurança no trabalho depende da eficácia dos canais de comunicação e informação e dos instrumentos utilizados para chegar aos intervenientes envolvidos, incluindo os decisores políticos, mas também, das estratégias, programas e políticas em saúde e segurança no trabalho.

O segundo capítulo, da autoria de Ana Isabel Mateus Silva, apresenta o estudo “As tecnologias de comunicação na prevenção e educação em saúde: o caso dos comportamentos aditivos na adolescência”, destacando as adições como uma preocupação dos nossos dias. Destaca-os, também, fatores de risco e fatores protetores para os comportamentos aditivos e o uso da tecnologia e das redes sociais como ferramentas para a prevenção dos mesmos para a promoção de comportamentos saudáveis. Várias campanhas, projetos e ações de educação para a saúde têm sido realizadas no sentido de diminuir a dependência. No entanto, esse problema tem aumentado, especialmente ao nível dos adolescentes e jovens. A educação e a saúde se veem diante da necessidade de adaptarem-se às novas mudanças tecnológicas, às tecnologias de informação e comunicação, muitas vezes recorrendo a meios apelativos para se aproximar dos adolescentes e jovens, no sentido de prevenir comportamentos aditivos prejudiciais à saúde e de promover comportamentos saudáveis.

No capítulo seguinte, intitulado “Tecnologias de comunicação em educação permanente em saúde: aproximações de experiências brasileiras com o modelo pedagógico da UAb-Pt”, Maria Ligia Rangel-S, Natália Ramos e Giovanna Queiroz exploram possíveis aproximações teórico-metodológicas do modelo pedagógico da Universidade Aberta de Lisboa (UAb-Pt) com o delineamento de modelos de Educação Permanente em Saúde (EPS) a distância e *e-learning*, dirigidos a trabalhadores da atenção primária à saúde. Analisam aspectos da linha de força do modelo pedagógico da UAb-Pt que podem se assemelhar às estratégias pedagógicas de educação a distância na atenção básica, tendo em perspectiva a formação profissional adequada a esse nível de atenção e orientada pela EPS. Trata-se de um estudo que analisa o potencial das tecnologias digitais em práticas educativas, considerando as mudanças ocorridas no âmbito da educação na área da saúde, no contexto do SUS, em decorrência do desenvolvimento dessas tecnologias, que possibilitaram o acesso à formação qualificada, nos

locais de trabalho, com potencial de incidir positivamente nos processos de trabalho em saúde e na qualificação profissional, de modo ampliado.

No quarto capítulo, “Construção da capacitação interdisciplinar na Clínica Integrada de Saúde do Centro Universitário UNA/BeloHorizonte/Brasil”, as autoras Marta Maria Amancio Amorim, Maria Cristina Santiago e Daniela Quadros de Azevedo, também em torno da temática formação profissional em saúde, apresentam um estudo sobre a capacitação interdisciplinar dos alunos dos Cursos Nutrição e Farmácia do Centro Universitário Una, no Pró-Saúde, um modelo da atenção básica. Embora as Diretrizes Curriculares Nacionais, o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Cultura e Educação (MEC) incentivem a participação das Instituições de Ensino Superior (IES) nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) no SUS, muitas são as dificuldades e os problemas de inserir o aluno nesta realidade. Assim, o objetivo desse estudo é analisar a capacitação interdisciplinar dos alunos dos Cursos Nutrição e Farmácia do Centro Universitário Una, no Pró-Saúde, um modelo da Atenção Básica. Neste estudo os estágios foram descritos, de forma a problematizar a capacitação interdisciplinar e as metodologias empregadas – alfabetização em saúde, que se baseia na teoria social cognitiva e o *flipped classroom* ou sala de aula invertida. Um dos principais resultados observados é a fidelização do usuário do serviço de saúde, que apresentou uma taxa média de adesão entre 2011 a 2016, de 62%. Foi observado o aumento do interesse do aluno, da eficiência no atendimento ao usuário, a melhoria do conhecimento técnico e maior integração entre os alunos dos cursos.

A Parte IV, intitulada “Comunicação nos cuidados em saúde”, é composta por cinco estudos e diz respeito a práticas de comunicação em serviços e cuidados de saúde e redes de atenção, espaço institucional onde tradicionalmente se desenvolvem práticas de comunicação de caráter prescritivo e normalizador. O esforço dos autores é de superar essa perspectiva, para fazer uma releitura desses lugares como espaços que comunicam, seja a partir das formas de organização das práticas, seja a partir da análise das posturas, linguagens, ações e reações de sujeitos implicados na interação cotidiana.

O primeiro deles, “Interações comunicativas no cuidado à saúde em um hospital público de Salvador-Bahia”, de autoria de Maria Ligia Rangel-S, Ana Oliveira Barbosa e Andrija Oliveira Almeida, aborda a dimensão comunicativa e simbólica enquanto componente estratégico no processo de cuidado em saúde, em articulação com as necessidades dos usuários, os princípios do sistema

de saúde e os objetivos institucionais das unidades de saúde. O estudo analisou ações de comunicação desenvolvidas por profissionais de saúde em salas de espera de um hospital público de referência em Salvador-BA. Realizado com abordagem qualitativa, utilizou a observação direta e sistemática como principal ferramenta metodológica, buscando descrever aspectos das interações comunicativas em contexto hospitalar, a partir da caracterização das condições dos sujeitos no processo comunicativo, do contexto de interlocução, do fluxo das informações, da natureza das mensagens veiculadas e dos fatores sociais e organizacionais presentes na circulação de informações. Observou-se, nas ações comunicativas realizadas em sala de espera, a predominância de informações orais e escritas, de caráter prescritivo, com enfoque em rotinas e condutas esperadas dos visitantes no hospital, bem como a ocorrência de barreiras comunicacionais de natureza mecânica/física, semântica e pessoal.

O segundo estudo, “Comunicação nos cuidados de saúde: profissionais de saúde e mulheres vítimas de violência doméstica em Portugal”, de autoria de Salete Calvino, é resultante das investigações de mestrado e doutoramento da autora, orientadas por Natália Ramos. Debruça-se sobre as relações entre profissionais de saúde e vítimas de violência doméstica e as necessárias competências a desenvolver na interação comunicativa. As vítimas de violência, nas relações afetivas, manifestam problemas de saúde e reações psicológicas que dificultam a interação usuário e profissional e a intervenção em saúde, o que implica no desenvolvimento de competências de comunicação em saúde, que permitam que os profissionais sejam capazes de estabelecer relações facilitadoras do encontro com as significações individuais e grupais dos usuários, numa relação de confiança, empatia e alteridade. O estudo realizado, a partir da abordagem qualitativa, aponta a necessidade de formação destes profissionais para assistir a esses tipos de violência e reduzir seu impacto na saúde, tendo em conta a formação em comunicação em saúde.

O terceiro estudo, “Informação e comunicação nas redes de atenção a mulheres vítimas da violência”, oriundo da dissertação de mestrado de Larissa Dantas, orientada por Maria Ligia Rangel-S, analisa a violência contra a mulher como um fenômeno multifacetado, que envolve relações desiguais de gênero e construções culturais fortemente enraizadas, e cercadas pelo silêncio e invisibilidade. O estudo observa os avanços decorrentes da articulação dos movimentos de mulheres junto ao poder público, que resultaram em políticas públicas e organização de serviços específicos de atenção às mulheres vítimas de violência.

Em Salvador, destaca-se que esses serviços estão estruturados em uma rede de atenção, abarcando diferentes políticas públicas: segurança pública, justiça, políticas para as mulheres, saúde e assistência social. Trata-se, então, de identificar os fluxos de informação e comunicação que incidem nas trajetórias das usuárias atendidas na rede de atenção, tomada em sua complexidade e diversidade, para analisar como a questão da informação e da comunicação se configura como nó crítico central para o bom funcionamento da rede. É um estudo qualitativo, com base na análise conteúdo de Bardin, de entrevistas semiestruturadas, que ressalta a necessidade de tomar o tema da violência doméstica contra a mulher como um fenômeno multidimensional, requerendo, das operadoras dos serviços, o compromisso com a circulação da informação, para direcionar as mulheres para os serviços, de acordo com suas necessidades.

O quarto estudo, “A comunicação de saberes sobre os cuidados infantis na família e nos profissionais de saúde”, oriundo da investigação de doutoramento do autor João Paulo Vieira Rodrigues, orientada por Natália Ramos, analisa as informações e saberes sobre os cuidados à criança, transmitidos pelos profissionais de saúde e pelas famílias em diferentes contextos sociais e geracionais e sua importância para as mães. O nascimento de um filho, sobretudo do primeiro filho, é um acontecimento muito importante para a maioria das mães, mas também constitui um fator de ansiedade e de estresse, devido às exigências e responsabilidades envolvidas no cuidar de uma criança e às atividades que envolvem as práticas de maternagem. A investigação identifica e compara a importância que têm para as jovens mães, as informações e orientações fornecidas pelos profissionais de saúde e os saberes empíricos transmitidos na família, de geração em geração, pelas suas mães ou sogras, em relação às práticas de cuidados da criança, salientando diferenças e especificidades nestes saberes e informações, assim como sua importância para as competências do cuidado materno para o bom desenvolvimento e saúde da criança.

O quinto estudo e último capítulo desta primeira parte, “Anúncio da deficiência da criança. Experiências vivenciadas pelas famílias e melhoria de procedimentos profissionais”, tem por base resultados de investigação da dissertação em “Comunicação em Saúde” de Joaquim Gronita, orientada por Natália Ramos, enquadrando-se na área da comunicação em saúde em contexto clínico, em particular dos cuidados de saúde e da intervenção precoce sobre a criança. O estudo apresenta uma análise teórico-conceitual e empírica sobre o anúncio da deficiência da criança e o impacto e significado desta informação para os pais

e familiares, procurando identificar e compreender as condições, os momentos e o tipo de comunicação que promovem o bem-estar psicológico das famílias, atenuam o sofrimento psicológico e o impacto emocional sobre os pais. A investigação salienta que os pais manifestam a necessidade de ser mais ouvidos e apoiados; de expressar mais os seus sentimentos e dúvidas; de obter informação precisa e compreensível, de interesse, empatia e compaixão pelo seu problema; de ser atendidos e acolhidos por médicos mais seguros, disponíveis e implicados; de estabelecer contato e compartilhar o problema com outros pais. Destaca a importância da formação e desenvolvimento de competências comunicacionais dos profissionais de saúde que atuam sobre essa problemática.

Espera-se que esta obra, reunindo um conjunto diversificado e original de investigações ao nível teórico e metodológico, em torno da comunicação e saúde, e agregando a contribuição de investigadores originários de diferentes áreas disciplinares e contextos culturais, promova uma reflexão crítica e debate catalisador de novas iniciativas e intercâmbios nesta área de interfaces, promissora e integrativa, e contribua para o desenvolvimento do conhecimento e inovação nas áreas da saúde, educação, comunicação e cultura.

Referências

- ARAÚJO, I. S.; CARDOSO, J. M. A Comunicação e os princípios do SUS. In: ARAÚJO, I. S.; CARDOSO, J. M. *Comunicação e saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007a. p. 61-85.
- ARAÚJO, I. S.; CARDOSO, J. M. *Comunicação e saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007b.
- FALCÃO, I. C. L.; RANGEL-S, M. L. Controle sanitário da propaganda de bebidas Alcoólicas no Brasil: Estudo dos Projetos de Lei de 1988 a 2004. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15, p. 3433-3442, 2010. Suplemento 3.
- FAUSTO NETO, A. Percepções acerca dos campos da saúde e da comunicação. In: PITTA, A. M. R. (Org.). *Saúde & comunicação: visibilidades e silêncios*. São Paulo: Hucitec: Abrasco, 1995. p. 267-293.
- COSTA, E. A.; RANGEL-S, M. L. *Comunicação em vigilância sanitária: princípios e diretrizes para uma política*. Salvador: EdUFBA, 2007.

- PEREIRA, A. et al. *Modelo pedagógico virtual da Universidade Aberta: para uma universidade do futuro*. Lisboa: Universidade Aberta, 2007.
- PITTA, A. M. R. Interrogando os campos da saúde e da comunicação. In: PITTA, A. M. R. (Org.). *Saúde & comunicação: visibilidades e silêncios*. São Paulo: Hucitec: Abrasco, 1995. p. 239-266.
- RAMOS, N. Comunicação, cultura e interculturalidade: para uma comunicação intercultural. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, Coimbra, v. 35, n. 2, p. 155-178, 2001.
- RAMOS, N. *Psicologia clínica e da saúde*. Lisboa: Universidade Aberta, 2004.
- RAMOS, N. Comunicação e interculturalidade nos cuidados de saúde. *Psychologica*, Coimbra, n. 45, p. 147-169, 2007.
- RAMOS, N. Interculturalidade e comunicação nos cuidados de saúde. In: RAMOS, N. (Org.). *Saúde, migração e interculturalidade*. João Pessoa: EDUEPB, 2008a. p. 97-132.
- RAMOS, N. Multiculturalidade e comunicação em saúde. In: LOPES, J. C. dos. *Multiculturalidade: perspectivas da enfermagem: contributos para melhor cuidar*. Lisboa: LusoCiência, 2008b. p. 67-81.
- RAMOS, N. *Comunicação e saúde em contexto multicultural*. In: ENCONTRO DE ESTUDOS MULTIDISCIPLINARES EM CULTURA, 4., 2008, Salvador. [*Anais eletrônicos...*], Salvador: UFBA, 2008c. Disponível em: <https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/5832/1/CEMRI_NataliaRamos%202008%20comunica%C3%A7%C3%A3o%20e%20interculturalidade.pdf>. Acesso em: 28 abr. 2018.
- RAMOS, N. A diversidade cultural na cidade: problemas e desafios. In: RUBIM, L.; MIRANDA, N. (Org.). *Transversalidades da cultura*. Salvador: EdUFBA, 2008d. p. 133-179.
- RAMOS, N. Diversidade cultural, educação e comunicação intercultural: políticas e estratégias de promoção do diálogo intercultural. *Revista Educação em Questão*, Natal, v. 34, n. 20, p. 9-32, 2009.
- RAMOS, N. Cuidados de saúde e comunicação na sociedade multicultural: discutindo interculturalidade(s), práticas e políticas em saúde. *Revista Inter-Legere*, Natal, n. 11, p. 30-51, 2012a.

RAMOS, N. Comunicação em saúde e interculturalidade – perspectivas teóricas, metodológicas e práticas. *RECIIS – Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 4, p. 1-11, 2012b.

RAMOS, N. Comunicación en la salud e interculturalidade: para una mejor intervención en salud en el contexto de diversidade cultural. In: PRIEGO, H.; ALVAREZ; REMOALDO, P. (Org.). *Mercadotecnia social en salud. Teoría y Práctica*. Tabasco: Universidade Juárez Autónoma de Tabasco, 2012c. p. 65-109.

RAMOS, N. Migrações e alteridade: desafios para a saúde colectiva. In: TEIXEIRA, L. C.; RODRIGUES, S. M. (Org.). *Psicanálise, saberes e práticas em saúde*. Curitiba: CRV, 2015. p. 271-300.

RAMOS, N. Acolher e trabalhar com jovens entre culturas: contextos e competências interculturais. In: MEDEIROS, T. (Org.). *Adolescência: desafios e riscos*. Ponta Delgada: Letras Lavadas, 2013a. p. 107-135.

RAMOS, N. Interculturalidade(s) e mobilidade(s) no espaço europeu: viver e comunicar entre culturas. In: PINA, H.; MARTINS, F.; FERREIRA, C. (Ed.). *Grandes problemáticas do espaço europeu: estratégias de (re)ordenamento territorial no quadro de inovação, sustentabilidade e mudança*. Porto: Faculdade de Letras: Universidade do Porto, 2013b. p. 343-360.

RAMOS, N. Tecnologias digitais de informação e comunicação, interculturalidade e formação docente. *EDAPECI, Revista de Educação a Distância, Práticas Educativas, Comunicacionais e Interculturais*, Aracaju, v. 16, n. 1, p. 9-30, 2016.

RAMOS, N. *Mestrado em comunicação em saúde*. Lisboa: Universidade Aberta, 1997.

RANGEL-S, M. L. Epidemia e media: sentidos construídos em narrativas jornalísticas. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 5-17, 2003.

RANGEL-S, M. L. O papel das agências de notícias na veiculação de informações em situações críticas de risco à saúde. *REVISA. Revista Brasileira de Vigilância Sanitária*, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 95-101, 2005.

RANGEL-S, M. L. Imagens e sentidos no discurso da mídia impressa acerca de uma epidemia de intoxicação ocupacional por benzeno. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 10, n. 19, p. 77-92, 2006.

RANGEL-S, M. L. Risco Cultura e Comunicação na proteção e promoção da saúde. In: COSTA, E. A.; RANGEL-S, M. L. *Comunicação em vigilância sanitária: princípios e diretrizes para uma política*. Salvador: EdUFBA, 2007a. p. 95-114.

RANGEL-S, M. L.; GUIMARÃES, J.; BELENS, A. (Org.). *Saberes em saúde, ciência e comunicação*. Salvador: EdUFBA, 2014.

RANGEL-S, M. L.; LAMEGO, G. A saúde nos discursos de adultos em uma universidade pública: subsídios para ações de comunicação. In: RANGEL-S, M. L.; GUIMARÃES, J.; BELENS, A. (Org.). *Saberes em saúde, ciência e comunicação*. Salvador: EdUFBA, 2014. v. 1. p. 41-65.

SOBRAL, N.; RAMOS, N. Integração das tecnologias da informação e comunicação na formação docente em Portugal (2005-2010). *Revista Praxis Educacional*, Vitória da Conquista, v. 9, n. 14, p. 103-122, 2013.

TEIXEIRA, R. Modelos comunicacionais e práticas de saúde. *Interface – comunicação, saúde, educação*, Botucatu, v. 1, n. 1, p. 7-40, 1997.

TEIXEIRA, C. A. et al. Comunicação pública de pesquisas científicas do campo da Saúde. In: FORO IBERO-AMERICANO DE COMUNICAÇÃO E DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA, 2009. Campinas. [*Comunicações...*] Campinas: Unicamp, 2009. Disponível em: <https://www.oei.es/historico/forocampinas/actas_comunicaciones.htm>. Acesso em: 10 dez. 2016.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO SUL DA BAHIA. *Plano Orientador da Universidade Federal do Sul da Bahia: Itabuna, Porto Seguro e Teixeira de Freitas*. 2014. Disponível em: <http://www.concursos.ufba.br/docentes/2014/editais/Plano_Orientador_UFSB.pdf>. Acesso em: 26 fev. 2018.

PARTE I

Mídia e saúde: perspectivas e abordagens metodológicas

Sites de Observatórios de Saúde: uma análise de forma e conteúdo

Marcele Paim
Maria Ligia. Rangel-S

Introdução

A democratização e a facilidade de publicação da informação, apoiadas nas novas Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC), vem aproximando, de forma mais intensa, os momentos de produção e compartilhamento do conhecimento em saúde. Esse processo, provavelmente, tem repercutido na disseminação de informações científicas, contribuindo para a incorporação de conhecimentos da saúde à cultura geral da população, com efeitos complexos na relação dos cidadãos com os profissionais e serviços de saúde.

Como reflexo da convergência e interatividade proporcionadas pelo advento das TIC, é possível apontar o uso crescente de ferramentas designadas de observatórios como um dispositivo institucional para a saúde, particularmente a saúde pública, haja vista a demanda por informações sobre políticas públicas.

Rangel-S, Guimarães e Belens (2014) alertam para a evolução do modelo de comunicação tradicional para a comunicação científica eletrônica, reforçando uma maior integração dos meios. Desse modo, destacam a relevância da disseminação científica a partir da distribuição da produção científica internacional, regional e nacional na área de informação e comunicação em saúde.

Essa integração de pessoas em rede influencia, entre outros aspectos, a organização política dos cidadãos quanto à luta por melhorias sociais; a compreensão de acontecimentos históricos mundiais; a concepção de autonomia e de vivência no tempo e no espaço. (SANTOS; SANTOS, 2015) Assim, a constituição de redes possibilita novos comportamentos, consolidação e intercâmbio de informações.

Na contemporaneidade, as relações se estabelecem através da informação, capacidade de processamento e de geração de conhecimentos configurando o que Castells (2003) denomina como “sociedade em rede”, sustentada na apropriação da internet pelo sistema capitalista. Essa sociedade em rede ou “cibercultura” se traduz para Lévy (1999) como espaço de interações propiciado pela realidade virtual, em que as pessoas vivenciam nova relação espaço-tempo, conformando uma “inteligência coletiva”. (LÉVY, 2000)

Para Lévy (2000, p. 28), a inteligência coletiva é “[...] uma inteligência distribuída por toda parte, incessantemente valorizada, coordenada em tempo real, que resulta em uma mobilização efetiva das competências”. O autor defende que o saber está na humanidade e todos os indivíduos podem oferecer conhecimento. Nessa perspectiva, como um modo de interação social, o saber deve ser valorizado, bem como a inteligência coletiva o estabelece como base das relações humanas. A coordenação dos saberes, portanto, pode ocorrer no ciberespaço, o qual não é apenas composto por tecnologias e instrumentos de infraestrutura, mas também é habitado pelos saberes e pelos indivíduos que os possuem. (LÉVY, 2000)

Nesse contexto, a constituição de redes de observatórios vem, supostamente, endossando o potencial comunicativo e colaborativo que esses dispositivos possuem. Particularmente na área da saúde, é possível verificar observatórios atuando em redes que, por serem dinâmicas, se modificam com o tempo e com as próprias ferramentas que surgem.

A despeito da existência de observatórios nacionais e internacionais na área da saúde, essa temática ainda tem sido pouco abordada na literatura especializada. Este capítulo tem por objetivo elaborar bases de dados¹ para um estudo

1 Os instrumentos produzidos através do presente estudo para análise pré-campo serão usados na pesquisa que é parte da tese de doutoramento pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, sob a orientação de Maria Ligia Rangel-S (ISC-UFBA).

de forma e conteúdo de sites de observatórios de saúde pública e saúde coletiva, através da identificação de aspectos comunicacionais, do conteúdo informativo e da estrutura das informações.

Um novo olhar para as Políticas de Saúde através da internet

Através da internet, o acesso às informações relativas aos aspectos políticos e administrativos dos sistemas e serviços de saúde parece vir contribuindo para a elevação da consciência acerca de sua utilização, influenciando na identificação de necessidades de saúde e no perfil da demanda por insumos e serviços, principalmente, em países que reconhecem a saúde como um direito de cidadania e implementam políticas de saúde voltadas à conformação de sistemas universais. (PAIM; RANGEL-S; GUIMARÃES, 2017)

A partir dessa perspectiva de agilidade na comunicação, as políticas de saúde podem estar cada vez mais próximas à população, talvez ainda se constituindo como um processo permeável à participação de diversos atores políticos, mobilizados em função de interesses específicos de corporações e grupos de interesse no setor, organizações comunitárias, onde podem ser estimuladas ideias de promoção da saúde e da cidadania. (TEIXEIRA; SOLLA, 2006)

Nessa perspectiva, grupos da população podem se organizar e ganhar força a partir do acesso à informação disponibilizada na internet. Esse processo, possivelmente, contribui para a organização de redes sociais no espaço virtual, com o surgimento de potenciais sujeitos políticos coletivos que podem influenciar no processo decisório e no espaço governamental.

Ultimamente, o uso da palavra “observatório” vem se tornando mais comum e essa expressão parece estar ganhando espaço na denominação de grupos de pesquisa sociais, redes de pesquisadores e instituições que visam acompanhar e colaborar com a gestão de recursos públicos.

O termo “observatório” tem sido aplicado a funções de informação e de inteligência para um grande número de áreas. É definido como “instituição ou serviço de observações astronômicas ou meteorológicas; edifício onde funciona um observatório; mirante; observação”. (HEMMINGS; WILKINSON, 2003)

No plano operativo da ciência como prática social, o termo observatório é reconhecido como o primeiro e mais antigo locus de produção do dado

científico, caracterizando um padrão de conhecimento pelo distanciamento. Presentemente, como metáfora de campo da saúde coletiva (ALMEIDA FILHO; PAIM, 2014) e potencializado pelas novas TIC, o observatório tende a incorporar novos significados e sentidos. Nessa direção, ao incorporar atributos como interconectividade e interatividade, esse dispositivo amplia seu potencial comunicativo e avança para a possibilidade de estabelecer conexões em rede.

Siqueira e Carvalho (2003) identificaram como característica padrão entre os observatórios o fato de atuarem como centro de informação e/ou redes. A perspectiva de atuação em rede não é determinada pela existência de novas possibilidades advindas das TIC, mas do seu potencial comunicativo. Para Castells (2003), o desempenho de uma determinada rede depende da capacidade de conectividade e da coerência no equilíbrio entre os objetivos da rede e de seus componentes, uma vez que são compartilhados interesses.

Ainda que seja escassa a literatura científica sobre observatórios em saúde, alguns estudos apontam a relevância desse dispositivo para a elaboração de políticas públicas, como espaço de publicização e de participação no processo político de saúde. (BELLINI; ANGNES, 2008; BARBOSA, 2005; SANTOS NETO, 2012) Assim, a ampliação de espaços democráticos de discussão e de influência nas decisões políticas, possivelmente, favorece a transparência, a participação, o acompanhamento e a avaliação, e configuram novas potencialidades de observatórios, que podem propiciar um novo olhar para as políticas de saúde através da internet.

A busca por uma taxonomia para análise de sites

A internet é uma rede que resulta da conjunção de uma infinidade de redes conectadas entre si. Com a explosão do uso da World Wide Web (WWW ou web) nos anos 1990 e o fenomenal crescimento de páginas, portais, periódicos eletrônicos de livre acesso, *blogs* e dos demais tipos de informação digital, surgiram novos conceitos de Comunicação Mediada por Computador (CMC) que permitem uma visão das mudanças nas formas de comunicação através de um prisma social e cultural. (RECUERO, 2012)

No início dos anos 1990, a humanidade assistiu à expansão da rede mundial de computadores, mediante uma combinação de tecnologias

de informação e de telecomunicações que começa a transformar a sociedade e a economia global de forma profunda. A informação disponibilizada apresenta-se em formatos de texto, arquivos formatados, sons, imagens, vídeos e outros. Todo esse potencial tem proporcionado que pessoas de diferentes culturas e com interesses e conhecimentos diversificados compartilhem informações, disponibilizem seus próprios documentos e, ao mesmo tempo, tenham acesso às experiências relatadas por terceiros. (LOPES, 2007, p. 15)

Nessa arena informacional, qualquer pessoa com acesso à internet, pode realizar publicações e emitir opiniões sem, necessariamente, ser um especialista no assunto abordado. Por esse motivo, a credibilidade de quem faz o conteúdo que circula nos canais públicos de comunicação e a necessidade dos profissionais aprenderem a entender como o público acessa e recebe informações, trouxeram à tona a preocupação com a qualidade da informação veiculada na internet. (LOPES, 2007)

Lopes (2007) aponta que essa liberdade de publicação na internet estabelece a necessidade de avaliar a qualidade das informações disponibilizadas sobre saúde. Essa autora empreendeu esforços para propor critérios dessa avaliação no Brasil. Para isso, estudou referências internacionais e constatou que grande parte dos critérios apresentados na literatura especializada para esse fim, obedece a um consenso sobre os questionamentos básicos relacionados com o processo de comunicação científica em todas as áreas de conhecimento.

Assim, é possível afirmar que os critérios trazidos por diversos autores podem ser aplicados em diferentes páginas web, sem estarem direcionados para uma área de conhecimento específica. Do mesmo modo, os critérios referentes à qualidade da informação em saúde na internet podem ser aplicados em outras áreas.

Vários autores e organizações propõem critérios, dimensões e indicadores que permitem analisar websites, avaliar fontes na web e aferir a qualidade de sites de diversos tipos de conteúdo. (CARVALHO; SIMÕES; SILVA, 2005; HARRIS, 2015; LOPES, 2007; SMITH, 2005) Em consonância, diversas bibliotecas de universidades e de institutos de pesquisas elaboraram *checklists* para avaliar páginas web. Desse modo, para realizar essas análises, várias iniciativas coadunam-se com a perspectiva de uma taxonomia, na medida em que descrevem, enumeram e classificam requisitos.

Com foco na análise de sites de saúde, Lopes (2007) desenvolveu uma proposta de três critérios para as páginas brasileiras na web. São eles: credibilidade, conteúdo e apresentação do site. Para cada um desses critérios, a autora associou indicadores e classificações. Assim, para avaliar credibilidade, elencou: autor, instituição, processo de revisão editorial, data de criação, atualização e revisão da página. Já o conteúdo deve ser analisado pela inexistência de erros ortográficos, existência de citações bibliográficas completas e aviso sobre necessidade de consulta a um médico, quando for pertinente. No que tange à apresentação do site, recomenda verificar o objetivo institucional e o endereço físico do provedor do site.

Para Smith (2005), são sete critérios a serem observados: abordagem temática, conteúdo, *design* gráfico e multimídia, propósito do site, críticas sobre o site, viabilidade de acesso e custos. Já a abordagem de Carvalho, Simões e Silva (2005) está concentrada em três questões: facilidade de uso do site, qualidade da informação ofertada e confiabilidade dessa autoridade da informação. Em resumo, essas questões concernem à usabilidade, à informação e à autoridade do site.

No que tange à autoridade da informação, vale ressaltar a identificação da autoria, a verificação das suas credenciais para versar sobre o assunto, ou seja, a responsabilidade intelectual da fonte, do conteúdo disponível, bem como a data em que a fonte foi publicada e atualizada. Cabe ainda destacar o motivo, o propósito pelo qual o site foi criado.

Para uma avaliação de usabilidade, características do site como funcionalidade, interatividade e comunicabilidade devem ser consideradas, uma vez que afetam aspectos relacionados ao usuário como aprendizagem, memorização, satisfação e acessibilidade. (BARROS, 2003) Dessa maneira, a relação entre as funções que o site oferece e as necessidades do usuário interferem na sua satisfação, pois quando não consegue realizar tarefas que deseja, fica insatisfeito. Quanto mais clara a comunicação, mais o usuário se sente mais seguro e confiante, sabendo o que fazer e como deve interagir.

Ainda sob o prisma da usabilidade, Nielsen (2006) defende a personalização das interfaces e propõe que o conteúdo de interesse do usuário deveria dominar as páginas que ele visita, pois têm sites que disponibilizam muitos elementos e informações na página inicial sem contemplar assuntos de interesse que supostamente o fizeram realizar a visita. Para o autor, o *design* é relevante

para a usabilidade, pois pode definir se as pessoas irão encontrar determinada informação de forma fácil ou não.

Ao comparar a avaliação da qualidade da informação com uma arte, Harris (2015) salientou que não existe um único indicador que analise credibilidade, confiança e valor da fonte de informação perfeitamente. Por isso, defende a utilização de uma coleção de critérios credibilidade, acurácia, racionalidade e suporte, sendo que todos devem estar acompanhados de questionamentos para o exame das páginas.

Uma proposta metodológica para análise de sites de observatórios

A proposta metodológica partiu da realização de uma busca sistemática na internet que identificou observatórios brasileiros e internacionais, dedicados à temática da saúde pública e da saúde coletiva, preferencialmente de países que adotam sistemas universais de saúde.

Portanto, a coleta de dados, no que diz respeito aos sites visitados, identificou 70 sites de observatórios voltados para essas áreas, sendo 28 brasileiros e 42 internacionais.

No conjunto de sites brasileiros visitados, foi possível identificar a presença dos seguintes temas como objeto central da observação: políticas, sistemas e serviços de saúde, saúde urbana, recursos humanos em saúde, tecnologias de informação e comunicação, substâncias psicoativas, promoção da saúde, clima e saúde, saúde mental e direitos humanos, custos e economia da saúde, saúde do trabalhador, saúde na mídia, dengue e determinantes sociais em saúde. Em seguida, os 28 foram elencados de acordo com sua temática de observação, possibilitando o registro do número de sites de observatórios brasileiros por temática. Assim, foi possível verificar que os temas mais presentes nesses observatórios são: políticas, sistemas e serviços de saúde, saúde urbana (11 sites); recursos humanos em saúde (5 sites); substâncias psicoativas (3 sites); saúde do trabalhador (2 sites).

No que tange aos 42 sites de observatórios internacionais registrados, foi aplicado o mesmo método de organização por temática. Foi possível, entretanto, detectar a presença de uma variedade menor no número de temas: políticas, sistemas e serviços de saúde, saúde urbana, recursos humanos em saúde, riscos,

violência contra a mulher, saúde e iniquidades, governo. Além dessa menor variedade, constatou-se que mais de 80% desses sites de observatórios internacionais se concentram em duas temáticas: políticas, sistemas e serviços de saúde, saúde urbana (14 sites) e recursos humanos em saúde (21 sites).

A partir dessa organização por temática, do total de 70 sites, foram selecionados dez observatórios, considerando critérios que envolveram: temática na política de saúde, país de origem, registro de atualização e funcionamento em rede. Optou-se pelos sites dedicados aos temas de maior concentração: políticas, sistemas e serviços de saúde, saúde urbana e recursos humanos em saúde, que preferencialmente trabalhassem em rede e apresentassem registros da periodicidade de suas atualizações. Assim, além de sites brasileiros, foram selecionados sites de redes de observatórios da América Latina e de países de países europeus como Portugal e Inglaterra.

Após essa seleção, foi realizada uma avaliação dos seus *websites* para estabelecer as dimensões de análise de aspectos comunicacionais, bem como do conteúdo informativo das páginas e da estrutura dessa informação.

A partir da fundamentação em referenciais teóricos para análise de sites, foram definidas cinco dimensões para estudar forma e conteúdo dos sites de observatórios de saúde. São elas: propósito, usabilidade, interface, conteúdo e aspectos comunicacionais.

Vale ressaltar a compreensão utilizada para cada um dos termos abaixo relacionados:

- Propósito: aquilo que o observatório busca alcançar; finalidade.
- Usabilidade: facilidade com que as pessoas podem navegar no site do observatório a fim de realizar uma tarefa específica.
- Interface: o que faz a comunicação entre os elementos do site do observatório, permite que o usuário realize interações na página.
- Conteúdo: o assunto de que trata o site do observatório.
- Aspectos comunicacionais: características e formas de comunicação, com foco em atributos das novas tecnologias de informação e comunicação.

O estabelecimento das referidas cinco dimensões originou a elaboração de um roteiro de observação (Quadro 1) contendo conjuntos de perguntas norteadoras para cada uma dessas dimensões, com vistas à produção de um quadro de análise.

Quadro 1 - Roteiro de observação

DIMENSÃO	PERGUNTAS NORTEADORAS
1. Propósito	<p>Qual a abrangência do site?</p> <p>Qual a amplitude ou limitação da fonte de informação, sua profundidade e nível de detalhe?</p> <p>O propósito do site está explicitado, a informação disponibilizada é coerente com o propósito enunciado?</p> <p>Os serviços oferecidos no site guardam relação com a observação proposta de políticas de saúde?</p>
2. Interface	<p>Como avalia o web <i>design</i>, o planejamento visual?</p> <p>O que pode ser observado sobre elementos como fontes, (tipos, tamanho, disposição), ícones, cores, aparência, <i>layout</i>, animações e efeitos visuais?</p> <p>Os elementos da tela estão claros?</p> <p>Qual a qualidade do material audiovisual e multimídia? (se houver)</p> <p>Todos os ícones funcionam?</p> <p>É atrativo? Apresenta o conteúdo de forma clara?</p>
3. Usabilidade	<p>O site foi bem concebido? É estável?</p> <p>Os usuários iniciantes podem iniciar uma efetiva interação com facilidade ou dificuldade?</p> <p><i>Learnability</i>: é fácil aprender a usar o site?</p> <p>O conteúdo e as atividades propostas pelo site estão em consonância com o objeto do site?</p> <p>O site é eficiente? O site facilita a realização das tarefas requeridas pelo usuário de poucos recursos? Ou seja, são necessários poucos (no máximo 3) clicks para o usuário alcançar seu objetivo?</p> <p>A organização do site é lógica e fácil de navegar?</p> <p>O nível de escrita do texto é adequado à audiência?</p> <p>Verifica-se cuidado na correção do texto?</p> <p>É facilmente identificado link para a <i>homepage</i> da instituição ou organização?</p> <p>A organização do site é lógica e fácil de navegar?</p> <p>A forma de escrita do texto é adequada ao público?</p> <p>Verifica-se cuidado na redação do texto?</p> <p>É facilmente identificado link para a <i>homepage</i> da instituição ou organização?</p> <p>Navegação: percorrendo o site, é possível encontrar outras seções de forma intuitiva?</p> <p>Como avaliar a arquitetura de informação, estrutura e navegação através da observação de elementos de navegação, ícones, mapa do site, mecanismo de busca etc.?</p> <p>Quais são os aspectos de funcionalidade? Há relação com a interface?</p>

DIMENSÃO	PERGUNTAS NORTEADORAS
4. Conteúdo	<p>De que maneira a informação é apresentada e quais os tipos de informação disponibilizada?</p> <p>A linguagem abordada, de forma geral, atende ao público?</p> <p>Os símbolos e signos estão de acordo com o que se propõe?</p> <p>A terminologia é clara e objetiva?</p> <p>A informação tem qualidade?</p> <p>A autoridade da informação é de confiança?</p> <p>A organização ou a instituição tem credenciais para abordar a temática? Existe informação sobre a organização?</p> <p>São apresentados critérios usados para incluir determinada informação?</p> <p>Existe algum patrocinador?</p> <p>A informação está apresentada com rigor? Os fatos estão documentados? São semelhantes aos reportados por outras fontes?</p> <p>Há uso de hipertextos?</p> <p>Os links apontam para sites com qualidade?</p> <p>O site demonstra frequência de atualização?</p>
5. Aspectos Comunicacionais	<p>Como estão caracterizadas as formas de interatividade apresentadas?</p> <p>Qual o público?</p> <p>Dispõe de recursos de edição colaborativa online, espaços de partilha/ interação?</p> <p>Há espaço de fóruns, postagens?</p> <p>Há contato fale conosco?</p> <p>Disponibiliza algum boletim informativo?</p> <p>Faz uso de links, hipertexto?</p> <p>Há identificação do perfil dos visitantes? Há possibilidade de cadastro?</p> <p>Usa de redes sociais?</p> <p>Utiliza e publica referências de métricas?</p> <p>Existem meta <i>tags</i>, fornecendo a descrição e as palavras-chave do site para os robôs dos sites de busca?</p> <p>Há preocupação com acessibilidade para todos os tipos de usuários e usuários com deficiência?</p> <p>Funciona em rede?</p> <p>Funciona como repositório de informações?</p>

Fonte: Elaboração do autor.

Por fim, foi realizado um estudo piloto dos dispositivos que constituem os sites de observatório, contemplando a observação dos dez sites selecionados, orientada pelo roteiro elaborado. Assim, foi iniciado o processo de pesquisa, visando, nessa fase, explorar variáveis que fundamentem a construção de uma matriz de produção e análise de dados para o estudo de diversos aspectos, direcionado a sites de observatórios, e mais especificamente, de observatórios em saúde pública.

Notas de campo: a observação das cinco dimensões

A investigação constatou características de *layout*, usabilidade, funcionalidades informativas e interativas, de orientação, de navegação e de comunicação, para depois realizar a análise de conteúdo e mapear os componentes essenciais para um site de observatório voltado para políticas de saúde.

Nos dez sites de observatórios observados, foi possível constatar cuidados quanto à apresentação da informação, bem como interfaces amigáveis e de fácil utilização, permitindo que o usuário navegue facilmente no site e não se desoriente.

No que tange à usabilidade, a maioria tem um tempo de carregamento rápido, com uma boa organização do conteúdo, fontes apropriadas e *menu* sempre visível. Entretanto, já foi possível observar que poucos possuem busca interna e exposição do caminho das áreas percorridas.

É possível, ainda, afirmar que parte dos dispositivos investigados apresenta problemas no que diz respeito à interação com o usuário. Com poucas exceções, não existe espaço para a interatividade com o usuário, ou identificação do perfil dos visitantes. Há, porém, coleta de informações por intermédio de formulário de cadastro, mas não foi obtido sucesso na tentativa realizada para cadastro em metade dos sites visitados.

Observou-se, também, variação na frequência de atualizações, embora a maioria das páginas não seja datada, com indicações sobre a frequência das atualizações, é possível identificar, através das postagens de notícias e eventos, que as atualizações acontecem de forma regular. Por outro lado, foi possível constatar páginas de alguns observatórios cujas últimas atualizações datavam do ano 2004.

Sobre a predominância de tipo de informações, verificou-se que a produção técnica e científica, as publicações, as notícias e indicações de cursos e eventos são as mais frequentes nos dispositivos visitados. Muitos apresentam recursos multimídia, especialmente gráficos para apresentação de resultados de pesquisas e imagens, através de galerias de fotos e vídeos.

Siqueira e Carvalho (2003) identificaram dois tipos principais de observatórios, não excludentes: os organizados como um repositório virtual de informações (*clearinghouse*) em páginas de internet e os que funcionam como uma rede. Para os autores, observatórios organizados como repositórios visam o impacto global das políticas sociais em um determinado país, região ou

limite geográfico que abranja vários países. Em geral, as informações publicadas giram em torno da observação de tendências, dados estatísticos, contrastes e possibilidades de comparação. Já os observatórios organizados em rede compartilham de agendas políticas a nível nacional, regional e internacional, bem como objetivos, visando coordenar articulação de ações em torno da temática observada, através de trabalhos coletivos. Embora também façam reposição de dados e informações, não são organizados para observar tendências, padrões ou contrastes.

Na perspectiva de atuação em rede, foram observados mecanismos de interlocução e cooperação entre as instituições que os compõem, de forma a potencializar suas ações e contribuir para a interação, facilitando a troca de saberes. Vale, portanto, destacar entre os sites selecionados, a atuação da rede de observatórios da América Latina voltada para a temática dos recursos humanos em saúde, onde foi possível encontrar indícios de trabalho em cooperação entre países integrantes em todos os sites que a compõem.

Nessa direção, o resultado preliminar desse estudo piloto reforça a classificação de Siqueira e Carvalho (2003), na medida em que foi possível observar características de funcionamento como repositório virtual de informações ou em rede em todos os dez sites estudados.

A aplicação do roteiro de observação configurou-se em um teste para refletir sobre a pertinência da utilização de cinco dimensões para estudar forma e conteúdo dos sites de observatórios de saúde. Ao tempo em que esse instrumento possibilitou a identificação de uma diversidade de características e permitiu a obtenção de respostas acerca de parâmetros de uma análise técnica de sites, vale ressaltar que ainda precisa ser adequado ao foco da análise de políticas de saúde.

É possível, portanto, afirmar que o instrumento é satisfatório para uma análise mais técnica dos sites, mas evidenciou lacunas de variáveis que não foram contempladas em termos de conteúdo das temáticas. A observação de quesitos considerados relevantes no momento da exploração do site e que não se enquadravam nos itens do roteiro, foram registrados em um campo extra, denominado “informações adicionais”.

O roteiro possui um número excessivo de perguntas norteadoras e poderia ser aprimorado, de forma a simplificar a análise técnica e avançar para uma observação mais potente das políticas de saúde. Logo, é possível constatar que será necessário incorporar referenciais teóricos da análise de políticas de saúde,

para assim agregar questões que permitam uma observação mais profunda do site de cada observatório enquanto uma nova ferramenta ou dispositivo institucional para a saúde pública e saúde coletiva.

Considerações finais

O impacto da convergência das TIC vem modificando o modo de produção e disseminação de conhecimento em saúde pública e saúde coletiva, refletindo também no surgimento dos observatórios voltados para essa temática. Esses dispositivos vêm revelando um potencial para estímulo de formação de redes, ações proativas e contribuições para uma maior aproximação do público em geral com as políticas. Dessa forma, para além de entender o fenômeno como algo passivo, é preciso procurar a dinâmica de sua construção e o desenvolvimento das suas principais características.

Para investigar o potencial desses dispositivos na saúde pública e saúde coletiva, é preciso ir além dos parâmetros de uma análise técnica e preliminar de sites, transcendendo o estudo sobre forma e conteúdo. Essa aproximação inicial com esse objeto de pesquisa ainda não dá conta de responder, por exemplo, se os sites de observatórios em saúde pública conseguem reunir uma série de atributos e características que os diferencia de qualquer outro site.

Acredita-se que a criação do instrumento roteiro de observação pode se configurar como embrião para realização de um estudo mais profundo desses dispositivos, sob diversos aspectos, tais como organização, gestão, funcionamento, financiamento, tipos de informação e temáticas predominantes. A identificação de características semelhantes e divergentes obtidas com a aplicação desse instrumento poderá apoiar, futuramente, a construção de uma matriz de produção e análise de dados que contenha subsídios para traçar um perfil dos observatórios de saúde pública e coletiva no Brasil. Nesse sentido, poderia ainda viabilizar novos estudos para apontar convergências e distinções com similares internacionais.

Há que se contribuir com a abordagem acerca da influência das novas tecnologias de informação e comunicação, particularmente na produção e disseminação de conhecimento em saúde pública e coletiva, através de observatórios que atuem em consonância com a elaboração e/ou monitoramento de políticas públicas de saúde vigentes.

Conclui-se com uma reflexão sobre os limites e possibilidades dos observatórios de saúde pública e coletiva em se constituírem como uma nova ferramenta, enquanto tecnologias possíveis para democratização do acesso ao conhecimento das políticas de saúde, facilitando a troca de saberes em torno delas.

Referências

ALMEIDA FILHO, N.; PAIM, J. Saúde coletiva como campo de saberes e de prática. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. (Org.). *Saúde coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 41-45.

BARBOSA, P. *Política social e observatórios sociais de saúde: que relação?* Relatório de estágio do Observatório Português do sistema de saúde, 2005. Disponível em: <http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/PatBarbosa_Politicaisociais.pdf>. Acesso em: 02 set. 2014.

BARROS, V. T. de O. *Avaliação da interface de um aplicativo computacional através de teste de usabilidade*. 2003. 146 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia da Produção) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

BELLINI, M. I. B.; ANGNES, D. I. *Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde|Escola de Saúde Pública| Rio Grande do Sul: conhecimentos construídos e possibilidades de futuro*. 2008. Disponível em: <<http://www.esp.rs.gov.br/observatoriorh/img2//LIVRO%20PARTE2.pdf>>. Acesso em: 25 mar. 2011.

CARVALHO, A. A.; SIMÕES, A.; SILVA, J. P. Indicadores de qualidade e de confiança de um site. In: JORNADAS DA SECÇÃO PORTUGUESA ADMEE, 2., Braga. *Actas...* Braga: CIED, 2005. p. 17-18. Disponível em: <<http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/7774>>.

CASTELLS, M. *A sociedade em rede*. São Paulo: Paz e Terra, 2003. (A Era da Informação, v. 1).

HARRIS, R. Evaluating Internet Research Source. *VirtualSalt*. 2016. Disponível em: <<http://www.virtualsalt.com/evalu8it.htm>>. Acesso em: 19 jan. 2016.

HEMMINGS, J.; WILKINSON, J. *What is a public health observatory?* *Epidemiol Community Health*, n. 57, p. 324-326, 2003. Disponível em: <<http://jech.bmj.com/content/57/5/324.full>>. Acesso em: 10 set. 2014.

LÉVY, P. *A inteligência coletiva: por uma antropologia do ciberespaço*. 3. ed. São Paulo: Loyola, 2000.

LÉVY, P. *Cibercultura*. São Paulo: Ed. 34, 1999.

LOPES, I. *Critérios de qualidade par a avaliação da informação em Saúde na World Wide Web*. Brasília, DF: Editora do Departamento de Ciência da Informação e Documentação da Universidade de Brasília, 2007.

NIELSEN, J. *Projetando Websites com usabilidade*. Rio de Janeiro: Campus, 2006.

PAIM, M. C.; RANGEL-S, M. L.; GUIMARÃES, J. M. M. O uso de observatórios como dispositivo institucional para a saúde pública e saúde coletiva. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE POLÍTICA, PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE, 3., 2017. Natal. *Anais...* Natal: Abrasco, 2017. v. 1 p. 896-897.

RANGEL-S, M. L.; GUIMARÃES, J. M.; BELENS, A. S. Comunicação e Saúde: aproximação ao estado da arte da produção científica no campo da saúde. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (Org.). *Saúde coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 625-637. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/eventos/congresso-brasileiro-de-politica-planejamento-e-gestao-em-saude/disponiveis-os-anais-do-3o-congresso-de-politica-planejamento-e-gestao-em-saude/30096/>>.

RECUERO, R. *A conversação em rede: comunicação mediada pelo computador e redes sociais na Internet*. Porto Alegre: Editora Sulina, 2012.

SANTOS, V. L. da C.; SANTOS, J. E. dos. As redes sociais digitais e sua influência na sociedade e educação contemporâneas. *HOLOS*, Natal, ano 30, v. 6, p. 307-328, 2015.

SANTOS NETO, P. M. *Análise da política de recursos humanos em saúde: o caso da rede observatório de recursos humanos em saúde do Brasil*. 2012. 206 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012.

SMITH, A. Testing the surf: criteria for evaluation of internet information resources. *The Public-Access Computer Systems Review*, Houston, v. 8, n. 3, p. 5-23, 1997. Available on: <<https://journals.tdl.org/pacsr/index.php/pacsr/article/view/6016/5645>>. Access in: 12 fev. 2017.

SIQUEIRA, C. E.; CARVALHO, F. The observatory of the Americas as a network in environmental and worker health in the Americas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p. 897-902, 2003.

TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. P. *Modelo de atenção à saúde: vigilância e saúde da família*. Salvador: EdUFBA, 2006. (Sala de aula, 3). Disponível em: <<http://books.scielo.org>>. Acesso em: 12 fev. 2017.

Controvérsias públicas sobre Zika vírus: cobertura jornalística e enquadramentos

Antônio Brotas
Viktória Libório Simões

Introdução

O Zika vírus é um flavivírus que teve sua primeira identificação em um macaco rhesus na Floresta de Zika, na Uganda, por um grupo de cientistas que investigavam casos de Febre Amarela fora do período de surto em 1947. Desde então, o vírus deslocou-se a leste do globo, causou pequenos surtos, mas houve pequena repercussão nas publicações científicas internacionais. A entrada do vírus no Brasil ocorreu na Copa das Confederações, em menor escala em 2013, e se estabilizou durante a Copa do Mundo da Federação Internacional de Futebol (FIFA) de 2014 ao encontrar o vetor ideal, o *Aedes aegypti*. O marco temporal utilizado na saúde pública foi a identificação do vírus em abril de 2015, pelos pesquisadores Gúbio Soares e Silvia Sardi do Instituto de Ciências da Saúde (ICS) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Desde o início de 2015, a imprensa especulava sobre uma “Doença Misteriosa” no Nordeste. A ausência de conhecimento científico permitiu que os centros de informação fossem múltiplos e as primeiras suposições emergiram nas páginas dos jornais. Pacientes, vigilância epidemiológica municipal e estadual, médicos e gestores descreviam “vermelhidão, prurido (coceira) e, em alguns casos, febre e dor no corpo”, sem que houvesse uma causa associada. As suspeitas

fomentaram a ideia de que havia contaminação da água na região. O setor industrial, através do Comitê de Fomento Industrial de Camaçari, e a Empresa Baiana de Águas e Saneamento (Embasa) foram instados a depor sobre relatos de poluição na água.

Esses relatos invadiram os meios de comunicação. Mídia televisiva, jornais impressos e digitais, além dos sites de mídia social, traziam cotidianamente notícias e reportagens com imagens que apontavam os problemas, evidenciados principalmente pelas manchas avermelhadas nos cidadãos nos postos de saúde lotados.

Nesse cenário de incerteza técnico-científica e a memória social marcada por recentes surtos de dengue e chikungunya, abriu-se um espaço para novos atores sociais, que geralmente não estão convidados a protagonizar descobertas científicas importantes. Assim, pesquisadores do Nordeste brasileiro passam a ter relevância nacional e internacional em uma corrida científica para identificar, monitorar e caracterizar a doença provocada pelo Zika vírus, reconhecida quase simultaneamente na Bahia e em São Paulo. Posteriormente, a circulação da doença foi rapidamente confirmada pelo uso de métodos moleculares também no Rio Grande do Norte, Alagoas, Maranhão, Pará e Rio de Janeiro, o que mostra a capacidade de dispersão do vírus no país. O surto no continente americano foi iniciado no Brasil. (DINIZ, 2016; FARIA et al., 2017)

A trajetória midiática do Zika no Brasil produziu diversos enlaces de sentido à medida que a doença ganhava contornos de epidemia, produzindo novos eventos, mais polifonia e, de certa forma, medo e ansiedade social. As primeiras evidências de algum distúrbio neurológico provocado pela infecção do vírus, os casos de microcefalia, já em outubro de 2015, elevam o problema a outro patamar, a ponto das Organização Mundial da Saúde (OMS) declarar Emergência de Saúde Pública de Interesse Internacional, em fevereiro de 2016. Até a 12ª semana epidemiológica de 2017, o Brasil havia registrado cerca de 220 mil casos relacionados à doença.

Desde o período do surto, ocorreu uma pluralidade de informações difusas e boatos. Vozes de especialistas, técnicos, gestores e pacientes circulavam nos jornais para tentar explicar o processo epidêmico no Brasil. Os veículos de comunicação reportaram situações de causa e consequência na tentativa de “explicar” os fatos. Esta foi uma das principais pautas da imprensa brasileira não só pela infecção propriamente dita, mas também por conta dos desdobramentos, como a síndrome de Guillain-Barré e microcefalia. (AGUIAR; ARAÚJO, 2016)

Diversos autores têm documentado e analisado o comportamento dos meios de comunicação diante de surtos e epidemias. Lerner e Gradella (2011) analisaram os sentidos construídos sobre a Influenza H1N1, em 2009, nos jornais *O Globo* e *O Dia* e identificaram que neste ambiente de novidade, imprevisibilidade e insegurança prosperam as narrativas de medo, principalmente em uma expectativa de fatalidade. Villela (2016) identificou que houve um deslocamento para o embate política entre as autoridades públicas, colocando em segundo plano as questões relativas a epidemiologia/saúde. Malinverni, Cuenca e Brigagão (2012) classificaram a cobertura realizada pela *Folha de S. Paulo*, no período de dezembro de 2007 a fevereiro de 2008, de epidemia midiática, uma vez que a realidade epidêmica no jornal não se contactava nos relatórios da vigilância epidemiológica.

Pelos meios de comunicação, foram disponibilizados diferentes sentidos sociais sobre o Zika vírus, a partir das preocupações da comunidade científica e da atenção da população e dos modelos de produção jornalística sobre a saúde nos veículos de comunicação.

O sentido é uma construção social, um empreendimento coletivo, mais precisamente interativo, por meio do qual as pessoas na dinâmica das relações sociais historicamente datadas e culturalmente localizadas constroem os termos a partir dos quais compreendem e lidam com as situações e fenômenos a sua volta. (SPINK; MEDRADO, 2013, p. 1)

Em março de 2015, o termo “doença misteriosa” era usada para se referir à febre exantemática sem causa aparente. Em maio do mesmo ano, com a identificação, gestores e médicos, em entrevistas, usam a analogia de “dengue branda” para explicar os efeitos da doença. Em julho, com os primeiros casos de Síndrome de Guillain-Barré, a epidemia retorna à atenção pública associada à “síndrome paralisante” ou “paralisia mortal”, como ocupou a versão impressa da matéria publicada pelo *Correio 24 horas*, no jornal *Correio**, de circulação local, e provocou a capa do dia seguinte.

Apesar das observações de clínicos e outros profissionais da saúde do Nordeste quanto ao aumento atípico dos casos de microcefalia, a relação entre Zika e o distúrbio neurológico foi reconhecida pela comunidade científica, e Governo Federal, em novembro de 2015, quando o Ministério da Saúde declara a “Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional”. (DIAS; CANCIAN,

2015; GOVERNO..., 2015) As matérias quando se referem à Zika, passam a falar da microcefalia. Os jornais criam uma relação de causa e consequência, que, mais tarde, vai se confirmar em especial cobertura sobre a saúde da mulher, grávida, ou não, e sua responsabilidade individual na prevenção, em que a jornalista Cláudia Collucci, da *Folha de S. Paulo*, escreve sobre as “Grávidas em tempos de zika vivem ‘sob tortura’”. (GRÁVIDAS..., 2016)

O sentido social de microcefalia está em fase residual e se associa a novos conhecimentos científicos. A “Síndrome Congênita do Zika” foi primeiro cogitada entre especialistas e gestores nacionais e internacionais a partir do alerta epidemiológico mundial emitido pela OMS em dezembro de 2015. (CANCIAN, 2015; PRESENÇA..., 2015)

Controvérsia pública do Zika

Pelos registros do *PubMed*, em 2007 ocorreu a primeira epidemia de Zika vírus fora da África e não houve publicações. Em 2008, dois artigos foram publicados sobre o surto do vírus na ilha Yap. Em 2009, outros dois artigos; em 2010 não houve publicação; em 2011 apenas um artigo; em 2012, quatro artigos foram publicados; em 2013, três artigos; em 2014, 25 artigos; em 2015, 53 artigos; e em 2016 foram 1596 artigos publicados em resposta à palavra-chave Zika vírus. Em 2017 já foram publicados 404 artigos até início de março.

Até a “estabilização” parcial do conhecimento sobre Zika vírus, mediante uma corrida científica para decifrá-lo, opiniões diversas e considerações provenientes do conhecimento científico eram amplamente publicados nos jornais, sem que houvesse distinções acentuadas. O debate produzido pelo Zika não pode ser considerado uma controvérsia científica, *stricto sensu*, já que havia mais a ausência de conhecimento sobre o vírus do que uma oposição frontal, no campo científico, entre interpretações acerca do objeto.

Já na dimensão pública, verificada neste trabalho, pela análise dos jornais *Folha de S. Paulo* e *Correio 24 horas*, essa ausência de “estabilização” deu lugar a um elevado grau de incerteza que alimentou uma controvérsia pública. O conhecimento construído na corrida científica, ao invés de estabilizar o debate, produzia mais aberturas com ampla participação de diversos atores dentro e fora dos campos da ciência e da saúde. O processo de estabilização do conhecimento sobre Zika Vírus transpôs as paredes da academia e tomou o espaço

público, também por meio dos veículos de comunicação. O grupo de pesquisa capitaneado por Gúbio Soares e Silvia Sardi, quando identificou o Zika vírus não esperou pela publicação científica. Ao mesmo tempo que entrou em contato com o Ministério Público, atendeu à imprensa

O vírus que apresenta sintomas semelhantes aos da dengue e tem assustado a população baiana foi identificado por dois pesquisadores do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Bahia. (DOENÇA..., 2015)

[...] uma análise de pesquisadores da Universidade Federal da Bahia pode trazer uma resposta para parte dos casos. [...] ‘Nossa suspeita é que a doença tenha chegado ao Nordeste com o fluxo de turistas vindos para a Copa’, afirma Gúbio Soares. (CANCIÁN; PITOMBO, 2015)

Ao alcançar o debate público, a metodologia aplicada foi questionada pela Secretaria Estadual de Saúde da Bahia. Esta controvérsia ganhou cobertura jornalística no *Correio 24 horas* no dia 08/05/2015:

[...] Estudos preliminares feitos por especialistas em vigilância epidemiológica da Secretaria de Saúde do Estado (Sesab) apontam para a probabilidade de erro nas análises que identificaram casos de Zika Vírus na Bahia, realizadas por pesquisadores da UFBA. (SATÉLITE..., 2015)

Já no dia seguinte a Universidade Federal da Bahia enviou à redação do *Correio 24 horas* nota pública de apoio aos pesquisadores da casa:

A Universidade Federal da Bahia vem a público reconhecer e celebrar o mérito científico do trabalho de pesquisa realizado pelos [...] professores doutores Gúbio Soares e Silvia. (APOIO..., 2015)

Esta controvérsia entrou em processo de estabilização, quando o Ministério da Saúde enviou as amostras para outros laboratórios:

O Ministério da Saúde confirmou a circulação do zika vírus no Brasil na manhã desta quarta-feira (14). [...] As amostras foram testadas pelo Instituto Evandro Chagas e pelo Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE..., 2015)

A cúpula da Secretaria de Estadual de Saúde (Sesab) vai ter que digerir a desconfiança com os testes que identificaram o zika vírus na Bahia, realizados pelos pesquisadores da Ufba Gúbio Soares e Silva Sardi. (LUVA DE PELICA I..., 2015)

Ao obter a validação dos pares da comunidade científica e médica, e alcançar o lugar público no jornalismo, Gúbio Soares legitimou seu espaço de referência nacional e internacional sobre o Zika. A exigência por mais conhecimento científico, também estava intrinsecamente associada a um aumento de demanda por políticas públicas para a pesquisa e assistência aos pacientes. Além de retomar o debate sobre o aborto no Brasil, a emergência sanitária propiciou uma elevada discussão pública sobre tratamentos, vacinas, direitos e deveres, colocando na dimensão “frontal do palco” aspectos que geralmente são silenciados na cobertura cotidiana da ciência e da saúde. As epidemias, especialmente aquelas em que as incertezas, em função da insuficiência de conhecimento técnico-científico, produzem controvérsias públicas e mobilizam atores de diversos campos sociais, tendem a desestruturar, com certa facilidade, a premissa de Lazarsfeld (2002), quanto à função de proteção social exercida pelos meios de comunicação.

Algo semelhante à cobertura do Zika vírus fora observado na cobertura do Aids na década de 1980, quando a ciência não tinha respostas efetivas sobre o ciclo da doença, mas o problema de saúde já pressionava as autoridades. Estes episódios permitem a ocorrência de práticas sensacionalistas, que pouco contribuíram para informar a sociedade ou pressionar o Estado a dar respostas aos problemas de saúde pública.

A centralidade em torno dos resultados reforça a perspectiva do progresso científico contínuo. Cascais (2003) avança na análise e classifica esta prática de representar a atividade científica somente a partir dos seus produtos, de “Mitologia dos Resultados”, modelo que se consolidou com a redução do jornalismo científico à diferença de linguagem entre artigo científico e texto de divulgação. “Divulgar a ciência só relativa e parcialmente passa por ‘trocar em miúdos’ o hermetismo com que a comunidade de iniciados ao mesmo tempo se vela de e se ostenta ao olhar que sobre si convoca”. (CASCAIS, 2003, p. 66, grifo do autor)

Se este modelo não dá conta da compreensão da ciência na cobertura regular, em meio a uma epidemia, em que riscos, incertezas técnica-científica e controvérsias públicas são explicitadas por diversos agentes, sua execução torna-se

facilmente descartada pela pressão das ocorrências sociais que recaem sobre os jornalistas, das quais, independente de desvios, não podem escapar, sob pena de jogar fora todo o estoque de credibilidade acumulada durante os dois últimos séculos. (GOMES, 1993; GROTH, 2011)

A emergência sanitária provocada pelo Zika Vírus pode ser caracterizada pelo que Latour (2001) denomina de controvérsias e incertezas, no bojo dos conhecimentos técnicos não assegurados, em que “as incertezas usuais do social, da política, da moral complicam-se – e não se simplificam – com o aporte de conhecimentos científicos ou técnicos”. (LATOURE, 2001, p. 252) A controvérsia pública do Zika colocou o Nordeste no centro das atenções científicas do Brasil e do mundo, desestabilizando “geopolítica intelectual”. (DINIZ, 2016, p. 16) A saída do cientista do laboratório para estabilizar um conhecimento e validar resultados usando meios de comunicação, foi constantemente acionada por pesquisadores. Por isso, mesmo na perspectiva científica, a emergência foi tão midiaticizada. Esta controvérsia se estabeleceu nos meios de comunicação, nos laboratórios, enquanto corrida, nas unidades de assistência, nos gabinetes governamentais e enquanto dilema moral, principalmente para as mulheres que precisaram se posicionar enquanto a gravidez e o aborto, em função da ameaça da microcefalia.

O enquadramento como recurso de análise

Os veículos de jornalismo *on-line* *Correio 24 horas* e a *Folha de S. Paulo* foram escolhidos devido à sua relevância como produto de comunicação na esfera local e nacional, respectivamente. Ao terem um produto correspondente impresso, são considerados jornais formadores de opinião e servem de fonte para outros veículos de comunicação, como sites, jornais impressos, rádios e televisão. A escolha pelo veículo online, e não o impresso, se deu, principalmente, por conta da acessibilidade ao conteúdo retroativo dos produtos. Uma característica própria da *web* e constantemente utilizada no webjornalismo, que provoca uma ruptura com os suportes anteriores (TV, impresso e rádio), é a memória. Tem espaço quase que ilimitado de todos os tipos de plataforma. (PALACIOS, 2010)

O período de análise coincide com o início da controvérsia pública até a “estabilização” dos fatos, de 1º de abril de 2015 a 31 de maio de 2016. Os materiais são entendidos como documentos de domínio público e estão eticamente

abertos para análise. Do *Correio 24 horas* foram analisadas 362 materiais e da *Folha de S. Paulo* 643 materiais, totalizando 1005 materiais entre notícias, reportagens, entrevistas, perfis e editoriais que correspondiam ao termo “Zika”, em busca randômica, nos sites. Apenas matérias em que o vírus era o principal objeto da pauta foram selecionados. Nas mecânicas de busca o termo “zika” surgia em diferentes contextos que não entraram na pesquisa. Nas Figuras 10 e 11, é possível observar a quantidade de matérias analisadas distribuídas no período escolhido. As datas de publicação estão à esquerda e a quantidade de publicações, à direita.

Para analisar as matérias disponíveis em ambos os veículos, a estratégia metodológica utilizada foi análise de enquadramento. Os estudos do enquadramento (*framing*) aparecem, neste contexto, como uma possibilidade analítica dos meios de comunicação que ultrapassam o paradigma da manipulação. No jornalismo, estes estudos que emergem após o lançamento de *Frame Analysis: An Essay on the Organization of Experience* de Erving Goffman, em 1974, também permitem aos pesquisadores fugirem da falsa dicotomia entre objetividade e subjetividade na construção dos textos jornalísticos. (PORTO, 2004; VREESE, 2005) O enquadramento também vem sendo usado por pesquisadores americanos e europeus, principalmente, para análise de disputas públicas, que envolvam embates nos meios de comunicação sobre posições políticas, que acionam a opinião pública. (REESE, 2001)

Coube a Robert Entman (1993) a construção da formulação mais difundida sobre enquadramentos midiáticos. Entman (1993, p. 52, grifos do autor, tradução nossa) definiu assim:

Enquadrar é selecionar alguns aspectos da realidade percebida e torná-los mais salientes em um texto comunicativo, de tal forma a promover uma determinada definição do problema, uma interpretação casual, uma avaliação moral e/ou uma recomendação de tratamento.

O discurso jornalístico, enquanto enquadramento, pode ser percebido como “pacotes interpretativos”, que não são estanques, mas pertencem a um sistema cultural que possuem lógicas e dinâmicas próprias, que se ajustam e conflitam, numa interação complexa, porque são constantemente atualizados e revisados com o objetivo de acomodar novos eventos. Em outras palavras, o centro dos “pacotes interpretativos”, seria o enquadramento, um princípio

abstrato e geral, que organizaria símbolos diferentes, mesmo que controversos. (GAMSON; MODIGLIANI, 1989)

A definição proposta por Reese (2001) é tomada como a mais adequada para este trabalho, no âmbito do jornalismo e ciência e saúde, por defender que os quadros têm a capacidade de organizar-se de diversas maneiras. Por manterem estreita relação com a cultura, os quadros parecem normais, naturais e, até, invisíveis. Estão, também, sujeitos à macroestrutura da cultura, não são individuais, são estáveis, mas tem alta capacidade de interação com esquemas dinâmicos. O que não significa que os quadros são estáticos, já que o processo de elaboração é dinâmico e fruto de uma interação social. O enquadramento é produto da interação que ocorre em termos textual, cognitivo, extra meio e do estoque de quadros disponíveis na cultura. “Assim, um quadro é momento em uma cadeia de significação”. (REESE, 2001, p. 8)

Os enquadramentos utilizados para esta análise foram construídos a partir dos pacotes interpretativos relacionados ao conhecimento científico e tecnológico e da saúde: progresso científico; ético e moral; econômico/mercadológico; incerteza técnica e riscos; culpabilização e responsabilidade individuais; política pública; sociocultural e ambiental.

No caso do enquadramento relacionado ao progresso científico, “[...] a ressonância está associada à crença que a sociedade ocidental tem no progresso tecnológico” (BROTAS, 2011), depositando na ciência e tecnologia todas as suas esperanças. Surgem neste enquadramento pesquisas inovadoras e uma perspectiva positiva sobre a ciência, ou tecnologia, tratada nas matérias como: um passo a mais na estabilização dos fatos, ou uma alternativa para o público na prevenção, um novo projeto científico em saúde pública para combater o vírus, o desenvolvimento da vacina, outras tecnologias de diagnóstico. Algo novo, ou melhorado do que se tem.

O enquadramento ético e moral surge, principalmente, quando as matérias tratam de fetos e recém-nascidos que apresentam distúrbios neurológicos associados à uma infecção prévia pelo vírus. É construído um enquadramento de que a mulher seria “irresponsável” por engravidar e ter filhos durante o período da epidemia. A partir de uma petição sobre aborto legal por ativistas, o direito reprodutivo da mulher volta à pauta dos jornais. São discutidas questões legais e médicas sobre a viabilidade do feto e o que seria justo para essas mulheres. Em sua maioria, as fontes principais dessas reportagens são homens; médicos, gestores, advogados e juízes.

O enquadramento econômico/mercadológico dá valor monetário à ciência e tecnologias ou políticas de promoção e prevenção à saúde pelo poder público. A pauta considera questões orçamentárias e aquecimento do mercado para determinados setores e as matérias recaem sobre inovações na indústria, ou o desenvolvimento de vacinas por uma empresa de biotecnologia francesa.

O enquadramento de incertezas técnicas e riscos explora a instabilidade do conhecimento científico ou técnico sobre a epidemia e suas consequências, as inseguranças nas políticas e a atualização constante do boletim epidemiológico. Enquanto este boletim é utilizado pelos gestores e profissionais da saúde para dar maior segurança sobre os aspectos epidemiológico da epidemia do vírus, ele foi ressignificado nos veículos de comunicação estudados que publicavam, diariamente, atualizações sobre a extensão do Zika, da Síndrome de Guillain-Barre e da Microcefalia. A interpretação de que a doença se alastrava no país de forma descontrolada dia a dia produzia o sentido de expansão territorial do evento.

Culpabilização e responsabilidade individual é um enquadramento muito utilizado por alguns gestores da saúde, que associam, principalmente, a saúde pública a um comportamento e responsabilidade do indivíduo. O argumento é que as pessoas adoecem porque não cuidam bem de sua saúde. Este seria o motivo da epidemia ter se alastrado, em detrimento das condições socioculturais e ambientais, que são amplamente analisadas na saúde coletiva. Nessa perspectiva destacam-se orientações sobre a mulher ter de utilizar roupas que cubram o corpo inteiro, o uso constante de repelente, os exames pré-natais que devem ser feitos, entre tantas outras indicações de ações e preocupações individuais.

O enquadramento de Política Pública apresenta os discursos político ou de políticas científicas, como investimentos, editais e repasse de verba para pesquisas. As orientações do Estado sobre a epidemia para os cidadãos e para as atividades governamentais. É observado papel do Estado e as possíveis melhorias sociais que a população pode ter caso as políticas públicas sejam devidamente aplicadas. Também são relatadas as políticas para promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva. E as críticas ao baixo investimento pelo poder público em setores estratégicos para a saúde pública, como o saneamento básico também integram este enquadramento.

O enquadramento sociocultural e ambiental, que se pressupõe ser o mais explorado em questões epidêmicas e sanitárias, não teve tanta expressão na pesquisa. Este enquadramento problematiza as questões ambientais que contribuem para a proliferação do vetor e dispersão da epidemia. Também leva em

conta as condições sanitárias das habitações da maioria da população infectada com o vírus e como o fator sociocultural interfere nas políticas e ações de prevenção e combate à epidemia.

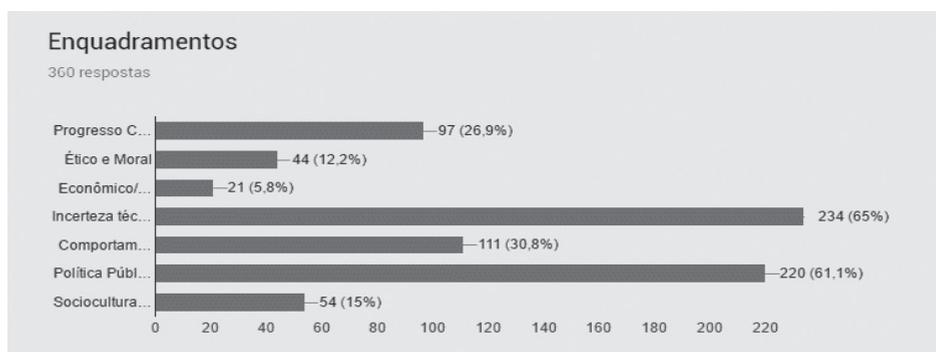
Zika enquadrada em incertezas técnicas e riscos

A partir da utilização dos referenciais teóricos, foi feita a coleta de informações pertinentes das matérias de forma quantitativa, os enquadramentos, por exemplo. Posteriormente a análise qualitativa dessa informação, o que nos forneceu evidências para os sentidos sociais que o Zika Vírus adquiriu no período de controvérsia pública e quais os enquadramentos possíveis.

Foram elencados enquadramentos que serviriam de base para a análise das matérias. Admite-se que uma mesma matéria pode apresentar mais de um enquadramento. A soma dos enquadramentos, como pode ser observado, é maior que a amostra da análise, já que os quadros não são exclusivos, ou excludentes, e podem se associar a outros quadros.

Para as matérias do *Correio 24 horas*, que correspondiam ao termo e ao contexto de Zika, foram identificados os seguintes enquadramentos: 97 (26,9%) quadros de progresso científico; 44 (12,2%) de ético e moral; 21 (5,8%) de econômico/mercadológico; 234 (65%) de incertezas técnicas e riscos; 111 (30,8%) de culpabilização e responsabilidade individual; 220 (61,1%); e 54 (15%) de respostas para o quadro sociocultural e ambiental.

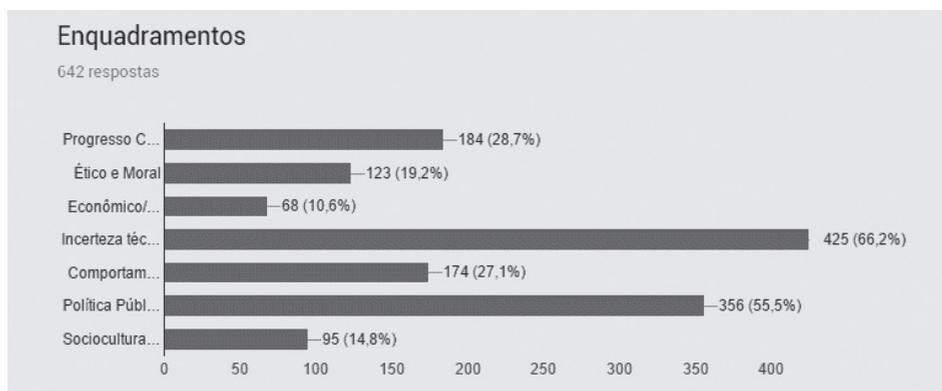
Figura 1 - Gráfico de enquadramentos possíveis para 360 matérias do *Correio 24 horas*, correspondente ao termo e contexto de Zika



Fonte: elaborado pelo autor.

Para as matérias da *Folha de S. Paulo*, que correspondiam ao termo e ao contexto de Zika, foram identificados os seguintes enquadramentos: 184 (28,7%) quadros de progresso científico; 123 (19,2%) de ético e moral; 68 (10,6%) de econômico/mercadológico; 425 (66,2%) de incertezas técnicas e riscos; 174 (27,1%) de culpabilização e responsabilidade individual; 356 (55,5%); e 95 (14,8%) de respostas para o quadro sociocultural e ambiental.

Figura 2 - Gráfico de enquadramentos possíveis para 642 matérias da *Folha de S. Paulo*, correspondente ao termo e contexto de Zika



Fonte: elaborado pelo autor.

É possível observar que a diferença entre os resultados proporcionais de ambos os veículos é pequena, podendo-se inferir que existe uma linha editorial semelhante entre os dois veículos e dá a possibilidade de análise de enquadramento conjunta. Esta pesquisa destaca o quadro com maior ocorrência em ambos os veículos, incertezas técnicas e riscos, e o que ele significa para um sentido social, e interpretações, de saúde, epidemia e Zika. Este quadro foi encontrado em mais da metade das matérias nos dois veículos.

Curiosamente, os boletins epidemiológicos foram revisitados rotineiramente como fontes obrigatórias de informação para compor esse tipo de matéria, ou, ainda, sozinhos, foram o próprio conteúdo das notícias. Para a comunidade médica e científica, o boletim tem o objetivo de comunicar a real situação e desmistificar supostos descontroles. Está associado a uma medida de monitoramento e vigilância. Entretanto, foi encontrado que dentro da rotina jornalística essa informação foi ressignificada. A partir da construção do quadro de

“incertezas técnicas e riscos”, a informação dos boletins tomou o sentido de que a epidemia se alastrava pelos continentes de forma descontrolada e as associações neurológicas também.

“Bahia registra 27 casos de síndrome paralisante”, de 27/06/2015, e “Bahia registra 54 casos de síndrome Guillain-Barré; uma pessoa morreu”, de 08/07/2015, ambas do *Correio 24 horas*, são exemplos de manchetes que utilizaram a atualização epidemiológica como principal gancho para a notícia. Esse fenômeno foi observado em ambos os veículos. No *Correio 24 horas* 59% das matérias tiveram como gancho o boletim epidemiológico, formando o *lead* da notícia, espaço onde devem ser encontradas as principais informações da narrativa, já na *Folha de S. Paulo* foram 41% das matérias.

Logo em seguida, em ambos os veículos, o enquadramento mais utilizado foi o de políticas públicas. Em geral, as informações eram provenientes das coletivas de imprensa, *releases* liberados pelas assessorias de comunicação, ou pelo porta-voz das diferentes instituições. Uma só coletiva de imprensa, como a reportada no dia 2 de fevereiro de 2016, quando foi declarada a emergência de saúde pública de interesse internacional, gerou 18 matérias na *Folha de S. Paulo* e no *Correio 24 horas*, 7 matérias. O objetivo da coletiva era relatar as políticas públicas para conter a epidemia, prevenir e remediar os danos. Este objetivo se reflete nos sentidos que tomou nas matérias e o enquadramento utilizado. Entretanto, apesar disso, políticas públicas não foi o único quadro empregado na ocasião. Se assim o fosse, não estaria justificada a produção de 18 matérias pelo o mesmo veículo ao abordar o Zika. A declaração pública da emergência sanitária legitimou a atenção pública e, conseqüentemente, as redações aumentam o espaço do tema no veículo, ocupando diversas editorias e jornalistas. Fica, então, aqui registrado o impacto que estes eventos têm dentro das redações e manutenção da atenção pública.

Os quadros de progresso científico e comportamento ou responsabilização individual foram utilizados, proporcionalmente, de forma semelhante em ambos os veículos. O quadro de progresso científico foi utilizado numa perspectiva otimista quanto à ciência, tecnologia e inovação. À ciência é dado o papel absoluto de responsável pela solução dos problemas e evolução da sociedade, principalmente em se tratando de uma emergência sanitária. Nesse quadro, as principais fontes encontradas foram os pesquisadores e artigos científicos, além das fontes oficiais do poder público que apresentavam alguma tecnologia inovadora a ser incorporada ao SUS para dar conta da demanda da população.

Os jornalistas acompanharam as principais pesquisas da área e o trabalho dos grupos de pesquisa quase “em tempo real” com o laboratório. Geralmente sem condições de dar resultados, já que as pesquisas ainda estavam em andamento durante o período da controvérsia, apresentaram as evidências investigadas sob a ótica do otimismo e as esperanças por uma solução. As matérias tratavam das vacinas que estavam sendo desenvolvidas, das descobertas científicas que davam mais um passo no grande escalada da ciência.

O quadro de comportamento e responsabilização individual trouxe a culpabilização das pessoas afetadas pelo vírus. este quadro foi fortemente associado a outros, como o de incerteza técnica e riscos e o ético e moral. Utiliza para compor a pauta histórias individuais e depoimentos, indicando uma personagem específica que tem este comportamento prejudicial, ou um comportamento oposto que deve ser seguido. “Em decisão inédita, OMS orienta grávidas a não viajar para área com Zika”, do *Correio* 24 horas, de 09/03/2016, e “Mãe de adolescentes com microcefalia ajuda nova geração a desafiar limites”, da *Folha de S. Paulo*, de 12/01/2016, são alguns exemplos de matérias que colocam a atitude individual como responsável para prevenção e remediação.

O quadro ético e moral surge quando o Zika vírus tomou o sentido social da Microcefalia a partir de outubro e novembro de 2015. Associado frequentemente ao quadro de comportamento e responsabilização individual, trouxe pressão às mulheres grávidas, ou não. Este debate proporcionou um novo fôlego às discussões sobre o aborto legal. Apesar de se tratar de um evento relacionado à saúde e escolha da mulher, as matérias pouco, ou nada, ouviram e entrevistaram mulheres. Foram entrevistados obstetras, juizes, advogados, gestores, padres, bispos, o que leva ao questionamento sobre qual é a representatividade pública que a mulher tem sobre o debate do aborto. Os artigos de opinião, em sua maioria, foram escritos por homens.

A escolha das fontes para este quadro, em ambos os veículos, demonstra o machismo na comunidade científica, médica, jurídica e jornalística. A partir da análise da amostra pesquisada, a mulher não faz parte das discussões sobre o aborto. Elas compõem a narrativa como o que o jargão do jornalismo chama de personagem: uma pessoa que exemplifique e dê o testemunho sobre o tema. O espaço de referência, ou legítimo, de fonte especialista dos campos que envolvem a discussão do aborto – advogada, juíza, médica, obstetra, psicóloga – não foi dado às mulheres. O espaço que existiu para elas como principal fonte

da matéria foram textos autoral produzidos para apresentar o tema; colunas e artigos de opinião.

A melhor forma de prevenir os casos de microcefalia associados ao vírus zika é evitar que as mulheres engravidem neste momento.

É o que defende o ginecologista e obstetra Thomaz Gollop, 68, professor livre-docente de genética da USP e especialista em medicina fetal. (MELHOR PREVENÇÃO..., 2015)

Alta de microcefalia reacende debate sobre aborto legal [...] O Código Penal permite o aborto em casos de estupro e de risco à vida da mãe. Em 2012, o Supremo Tribunal Federal autorizou a interrupção da gravidez de anencéfalos (fetos sem cérebro) sob o argumento de que os bebês não sobrevivem fora do útero. Para o advogado Paulo Leão, procurador no Rio de Janeiro e membro do Movimento Brasil sem Aborto, interromper a gravidez no caso de microcefalia ou em qualquer outra má-formação é ‘inaceitável sob todos os pontos de vista’. ‘É eugenia.’ (COLLUCCI, 2015)

Ao demonstrar que a *Folha de S. Paulo* e o *Correio 24 horas* seguem uma linha semelhante, a análise de enquadramento revelou como as pautas relativas a temas de saúde são tratadas pelos veículos de comunicação, o que indica a percepção pública. A proporcionalidade dos dados e a igual dispersão dos temas entre as editorias dos veículos confirma a importância da pauta e o espaço legitimado que este tema ocupa nos jornais, mantendo a atenção pública.

Considerações finais

Analisar como a mídia, veículos de comunicação jornalísticos, ou não, é um fator de grande importância para se compreender as epidemias. Este trabalho traz contribuições ao apontar os sentidos sociais que as epidemias vão assumindo a partir da cobertura jornalística em tempos de controvérsia e que nem sempre o modelo biomédico define efetivamente o sentido que vai prevalecer na esfera pública. A situação de controvérsia aciona atores distintos e o jornalismo tende a antecipar os eventos e dar uma resposta ao público, recorrendo a diversos centros de informação – gestor, médico, cidadão, serviço público, entre outros –

e os produtos desses campos também são ressignificados e reinterpretados na esfera pública para servir à narrativa construída pelo veículo.

A presença de temas de ciência e saúde na mídia também é uma resposta direta ao investimento da comunidade científica. Fora de tempos de controvérsia, apenas resultados positivos tendem a ganhar espaço no jornalismo, mas durante o período da controvérsia a falta de respostas e as dúvidas também se tornam pautas; as pequenas evidências são noticiadas por meio de diferentes enquadramentos, como os já apresentados. É também compreender as potencialidades e impedimentos produzidos com esses temas, já que a translação dos sentidos é uma real possibilidade, como no caso que o boletim epidemiológico contribuiu para a construção da narrativa sensacionalista sobre a Zika.

A representação pública que os elementos adquirem durante a controvérsia pública também interfere no movimento de estabilização dos fatos científicos. O espaço que a epidemia tomou na mídia impactou as políticas públicas e promoveu a abertura de campo de investimento e investigação, tirando, por exemplo, a microcefalia da invisibilidade e fez surgir grupos de articulação das famílias com crianças portadoras da microcefalia e centros de referência para tratamento e habilitação.

A análise de enquadramento se mostrou um eficaz instrumento metodológico para avaliar controvérsias públicas na área de ciência e saúde, porque aponta não apenas a predominância de determinado enquadramento, mas também como eles se associam. Como parte da construção cultural, os quadros são institucionalizados e direcionam a definição de sentidos e a forma como aquele elemento será interpretado. O ambiente de incerteza permite que campos não científicos contribuam nessas interpretações. O jornalismo, por exemplo, apropria-se das informações disponíveis e as ressignificam por meio dos enquadramentos.

Este trabalho traz a abertura para novos estudos, principalmente porque aponta questões relativas à cobertura jornalística durante a emergência sanitária. É necessário, por exemplo, investigar melhor a funcionalidade dos boletins epidemiológicos, já que suas informações foram correntemente ressignificadas para dar uma interpretação de risco. A forma como as instituições de saúde e ciência têm fornecido as informações não considera a realidade das redações jornalísticas brasileiras, que funcionam na lógica mercadológica da quantidade de acesso. Esta pesquisa também aponta a necessidade de investigar mais como

os gestores trabalham com a mídia e se efetivamente o atual formato das coletivas de imprensa servem aos objetivos da comunicação de saúde.

Entender a relação entre a mídia e a saúde em período de epidemias é imperativo para o Brasil, já que o país vive ciclos constantes de surtos e forte atenção pública. Uma comunicação eficiente tende a contribuir nos períodos de crise e promover uma discussão mais efetiva sobre o tema sem que sejam feitas interpretações precoces e apropriações que pouco contribuem à saúde pública. É necessário que as instituições observem os deslocamentos de sentido possíveis para determinada informação e construam alternativas de comunicação com o objetivo de promover a popularização científica e uma melhor divulgação dos temas de saúde de forma estratégica, não acessória.

Referências

- AGUIAR, R.; ARAUJO, I. S. A mídia em meio às “emergências” do vírus Zika: questões para o campo da comunicação e saúde. *RECIIS – Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 1-15, jan./mar. 2016.
- APOIO público. *Correio*, Salvador, 09 maio 2015. Disponível em: <<https://www.correio24horas.com.br/noticia/nid/satelite-diagnostics-de-casos-de-zika-na-bahia-podem-estar-errados/>>. Acesso em: 09 jan. 2017.
- BROTAS, A. *Os quadros (frames) culturais da ciência em tempo de controvérsia pública: análise do enquadramento (framing) da cobertura realizada pelas revistas semanais sobre células-tronco no Brasil*. 2011. Tese (Doutorado em Cultura e Sociedade) – Faculdade de Comunicação, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011.
- CAMPOS, G.; BANDEIRA, A.; SARDI, S. Zika Virus Outbreak, Bahia, Brazil. *Emerging Infectious Diseases* (Print), v. 21, p. 1885-1886, 2015. Available in: <<https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/21/10/pdfs/15-0847.pdf>>. Access in: 21 ago. 2016.
- CANCIAN, N. Além de microcefalia, outros danos do vírus zika são alvos de investigação. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, 02 dez. 2015. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2015/12/1715367-outros-tipos-de-danos-do-virus-zika-estao-sob-investigacao.shtml>>. Acesso em: 02 jan. 2017.

CASCAIS, A. F. Divulgação científica: a mitologia dos resultados. In: SOUSA, C. M. et al. (Org.). *A comunicação pública da ciência*. Taubaté: Cabral Editora: Livraria Universitária, 2003. p. 65-78.

COLLUCCI, C. Alta de microcefalia reacende debate sobre aborto legal. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, 10 jan. 2015. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2016/01/1727899-alta-de-microcefalia-reacende-debate-sobre-aborto-legal.shtml>>. Acesso em: 16 jan. 2017.

COLLUCCI, C. ‘Melhor prevenção à microcefalia é evitar engravidar’, afirma obstetra. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, 01 dez. 2015. Disponível em: <<https://m.folha.uol.com.br/cotidiano/2015/12/1713277-melhor-prevencao-a-microcefalia-e-evitar-engravidar-afirma-obstetra.shtml>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

DIAS, M.; CANCIAN, N. Governo decreta emergência sanitária após alta de casos de microcefalia. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, 11 nov. 2015. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2015/11/1705008-governo-decreta-emergencia-sanitaria-apos-alta-de-casos-de-microcefalia.shtml>>. Acesso em: 02 jan. 2017.

DINIZ, D. *Zika: do Sertão nordestino à ameaça global*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2016.

DOENÇA misteriosa que atinge cidades baianas é identificada como ‘Zika Virus’. *Correio*, Salvador, 29 abr. 2015. Disponível em: <<https://www.correio24horas.com.br/noticia/nid/doenca-misteriosa-que-atinge-cidades-baianas-e-identificada-como-zika-virus/>>. Acesso em: 03 jan. 2017.

ENTMAN, R. Toward Clarification of a Fractured Paradigm. *Journal of Communication*, New York, v. 43, n. 4, p. 51-58, Autumn, 1993. Available in: <https://www.attorneygeneral.jus.gov.on.ca/inquiries/cornwall/en/hearings/exhibits/Mary_Lynn_Young/pdf/05_Entman.pdf>. Access on: 8 jan. 2017.

FARIA, R. N. et al. Establishment and Cryptic Transmission of Zika Virus in Brazil and the Americas. *Nature* 546.7658, p. 406-410, 2017. *PMC*. Access in: 27 June 2018.

GAMSON, W. A.; MODIGLIANI, A. Media discourse and public opinion on nuclear power: a constructionist approach. *The American Journal of Sociology*, v. 95, n. 1, p. 1-37, 1989.

GOFFMAN, E. *Frame Analysis: an essay on the organization of experience*. New York: Harper, 1974.

GOMES, W. Verdade e perspectiva: a questão da verdade e o fato jornalístico. *Textos de Comunicação e Cultura*, Salvador, v. 29, p. 63-83, 1993.

GOVERNO declara emergência em saúde por casos de microcefalia. *Correio*, Salvador, 11 nov. 2015. Disponível em: <<https://www.correio24horas.com.br/noticia/nid/governo-declara-emergencia-em-saude-por-casos-de-microcefalia/>>. Acesso em: 02 jan. 2017.

GRÁVIDAS em tempos de zika vivem ‘sob tortura’. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, 26 abr. 2016. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/colunas/claudiacollucci/2016/04/1764634-gravidas-em-tempos-de-zika-vivem-sob-tortura.shtml>>. Acesso em: 02 jan. 2017.

GROTH, O. *O poder cultural desconhecido: fundamentos da ciência dos jornais*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

LATOUR, Bruno. *A esperança de pandora: ensaios sobre a realidade dos estudos científicos*. Bauru: EDUSC, 2001.

LERNER, K; GRADELLA, P. de A. Mídia e pandemia: os sentidos do medo na cobertura de Influenza H1N1 nos jornais cariocas. *Revista do Programa de Pós-Graduação da Escola de Comunicação da UFRJ*, Rio de Janeiro, v. 14 n. 2, p. 33-54, 2011.

LUVA de Pelica I. *Correio*, Salvador, 15 maio 2015. Disponível em: <<https://www.pressreader.com/brazil/correio-da-bahia/20150515/281616713945797>>. Acesso em: 13 jan. 2017.

MALINVERNI, C.; CUENCA, A. M. B.; BRIGAGÃO, J. I. M. Epidemia midiática: produção de sentidos e configuração social da febre amarela na cobertura jornalística, 2007-2008. *Physis*, v. 22, n. 3, p. 853-872, 2012.

MERTON, R. K.; LAZARSELD, P. F. Comunicação de massa, gosto popular e organização social. In: LIMA, L. C. (Org.). *Teoria da cultura de massa*. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE confirma oito casos de zika vírus na Bahia. *Correio*, Salvador, 14 maio 2015. Disponível em: <<https://www.correio24horas.com.br/noticia/nid/ministerio-da-saude-confirma-oito-casos-de-zika-virus-na-bahia/>>. Acesso em: 13 jan. 2017.

- PALACIOS, Marcos. Convergência e memória: jornalismo, contexto e história. *MATRIZES*, São Paulo, v. 4, n. 1, p. 37-50, dez. 2011. Disponível em: <<http://www.periodicos.usp.br/matrizes/article/view/38274>>. Acesso em: 26 jun. 2018.
- PORTO, M. Enquadramentos da mídia e política. In: RUBIM, A. C. (Ed.). *Comunicação e política: conceitos e abordagens*. Salvador: EdUFBA; São Paulo: Ed. Unesp, 2004.
- PRESENÇA do vírus Zika em nove países leva OMS a emitir alerta mundial. *Correio*, Salvador, 02 dez. 2015. Disponível em: <<http://www.correio24horas.com.br/detalhe/saude/noticia/presenca-do-virus-zika-em-nove-paises-leva-oms-a-emitir-alerta-mundial/?cHash=e89df1cc7252fa9a52801194da3b2f15>>. Acesso em: 02 jan. 2017.
- REESE, S. D. Framing Public Life: A Bridging Model for Media Research. In: REESE, S. D.; GANDY, O. H. J.; GRANT, A. E. (Ed.). *Framing Public Life*, Mahwah. New Jersey: Lawrence Erlbaum, 2001. p. 7-31. Available on: <https://www.researchgate.net/publication/209410093_The_Framing_Project_A_Bridging_Model_for_Media_Research_Revisited>. Access on: 8 Jan. 2017.
- SATÉLITE: diagnósticos de casos de Zika na Bahia podem estar errados, *Correio*, Salvador, 08 maio 2015. Disponível em: <<https://www.correio24horas.com.br/noticia/nid/satelite-diagnosticos-de-casos-de-zika-na-bahia-podem-estar-errados/>>. Acesso em: 04 jan. 2017.
- SOARES, G. Zika vírus: como foi identificado no Brasil. *Zika Digital*, 23 fev. 2017. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=J0ST8CILO2E>>
- SPINK M. J.; MEDRADO B. Produção de sentidos no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In: SPINK M. J. (Org.). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. São Paulo: Cortez, 2013. Disponível em: <https://www.dropbox.com/s/8doiy1qqv7z0s/SPINK_Praticas_discursivas_e_producao_FINAL_CAPA_NOVA.pdf>. Acesso em: 02 jan. 2017.
- VILLELA, E. F. Comunicação de risco versus comunicação de crise na saúde pública: o discurso das autoridades diante de uma epidemia de dengue. *RECIIS – Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde*, v. 10, n. 4. 2016.
- VREESE, C. News framing: theory and typology. *Information Design Journal + Document Design*, Amsterdam, v. 13, n. 1, p. 51-62, Jan. 2005.

A hegemonia do quadro (*frame*) técnico-científico em programas da série *Ser Saudável* na TV Brasil

Márcia Cristina Rocha Costa

Introdução

Na sociedade contemporânea, o corpo é cada vez mais medicalizado, submetido a diagnósticos, exames, tecnologias e tratamentos oferecidos por diferentes especialidades do campo da saúde. Se por um lado, a medicina superespecializada e hospitalocêntrica tem contribuído para ampliar a expectativa de vida de populações, como a brasileira,¹ por outro, estabelece necessidades de consumo em nome da saúde, favorecendo as grandes corporações que lucram com a doença.

A perspectiva da saúde como ausência de doença ganha vários contornos em sua dimensão cultural, como a medicalização, a noção de risco ou exaltação das tecnologias. São sentidos que priorizam o modelo biomédico, caracterizado por uma abordagem focada em fatores biológicos e individuais, em detrimento da pluralidade dos determinantes da saúde, na sua relação com aspectos culturais, sociais, econômicos, políticos e ambientais.

1 Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE), a esperança de vida do brasileiro ao nascer alcançou 74,9 anos em 2013, superando em 12,4 anos em relação ao ano de 1980, quando a expectativa de vida da população era de 62,5 anos. (IBGE, 2013).

No debate atual sobre os conceitos e práticas de gestão e cuidado à saúde, a aproximação com a cultura, o diálogo e a participação social são valorizados no reordenamento proposto pelos discursos da saúde enquanto direito do cidadão, atendendo princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS), como universalidade, integralidade e equidade. A concepção ampliada de saúde é a busca por novos paradigmas, que superem modelos excludentes, curativos, de assistência médico-hospitalar.

Numa cultura midiática, em que a “mercadoria informacional” (LYOTARD, 1998) ganha um valor de troca, a aliança com o mercado da saúde fortalece e legitima discursos que relacionam o processo saúde-doença com questões biológicas, tecnologias, procedimentos validados pela ciência médica e o médico na centralidade do cuidado à saúde. As narrativas oferecem conselhos e receitas de saúde para o indivíduo manter-se jovem e alcançar a longevidade, ao mesmo tempo em que apontam as consequências para quem não segue as recomendações e não assume a responsabilidade de cuidar de si mesmo. A estratégia de cumplicidade e sedução proposta pelo discurso hegemônico da televisão no Brasil oferta ao telespectador frequentes relatos de quem superou ou convive bem com um problema de saúde, como vemos na série de TV *Ser Saudável*, exibida na TV Brasil.

Neste trabalho, analisa-se o enquadramento hegemônico técnico-científico identificado em programas da série que abordaram algumas das principais doenças que afetam os brasileiros (diabetes, obesidade, hipertensão, acidente vascular cerebral e infarto do miocárdio), a saúde do idoso e a saúde pela perspectiva da estratégia de saúde da família. Partindo da premissa de que os enquadramentos da mídia são “pacotes interpretativos” (GAMSON; MODIGLIANI, 1989) construídos e partilhados socialmente, a análise aponta a valorização do modelo biomédico em torno de explicações biológicas e práticas distantes de determinantes sociais da saúde.

Interface mídia e saúde

Mídia e saúde frequentemente se encontram, se complementam e se retroalimentam, num fluxo de informações que envolve práticas, pesquisas, contextos e objetivos diversos. Identificar os enquadramentos da saúde que surgem da interação e das tensões entre essas práticas discursivas, tornadas públicas nos

meios de comunicação, requer a compreensão das lógicas produtivas que se impõem na cultura midiática contemporânea. Com a crise dos metarrelatos – universais, detentores de uma verdade a ser seguida e nunca questionada – o saber foi mercantilizado e o conhecimento tem como finalidade a eficácia e a produtividade. O corpo também não escapa desta lógica. Na verdade, estes discursos ou “mercadorias informacionais” seguem a lógica do capital e funcionam como mediadores que familiarizam o espectador com o consumo e o uso de novos produtos e tecnologias.

Essa relação entre fornecedores e usuários do conhecimento e o próprio conhecimento tende e tenderá a assumir a forma que os produtores e os consumidores de mercadorias têm com estas últimas, ou seja, a forma valor. O saber é e será produzido para ser vendido, e ele é e será consumido para ser valorizado numa nova produção: nos dois casos, para ser trocado. Ele deixa de ser para si mesmo seu próprio fim; perde o seu valor de uso. (LYOTARD, 1998, p. 5)

Para Lefèvre (1999), embora seja um fato coletivo em sua emissão, as mensagens midiáticas sobre saúde e doença não criam no receptor, na maioria das vezes, esse mesmo sentido, pois a audiência é tratada como um conjunto de consumidores individuais de produtos. A prioridade do individual sobre o coletivo se apresenta na mídia submetida a uma lógica comercial distante do entendimento de que a saúde também é um bem coletivo. Sendo assim, o uso de medicamentos, de exames laboratoriais ou de tecnologias médicas servem de argumento para o diagnóstico precoce, tratamento e cura. Na produção desse conteúdo, as fontes da medicina e da ciência médica são acionadas frequentemente pelos veículos de comunicação para alertar as pessoas que elas precisam cuidar da sua saúde antes que os sintomas de qualquer doença apareçam.

Na medicina contemporânea, as doenças crônico-degenerativas, como diabetes, e as doenças cardiovasculares impõem um monitoramento por toda a vida. Para Vaz (2006), a medicina ganhou mais espaço na mídia com a noção de causa das doenças associada a fatores de risco, cujos discursos são dirigidos a todas as pessoas doentes ou supostamente saudáveis. Essas abordagens consoantes ao modelo biomédico e seus consumidores constroem sentidos individualizantes sobre o processo saúde-doença, descontextualizados de questões sociais, culturais e ambientais.

No Brasil, a televisão ganha destaque na difusão desses discursos e seus sentidos, considerando a sua “cotidianidade familiar” junto a uma vasta audiência, ou seja, um lugar de reconhecimento, a partir de referências culturais que promovem o diálogo entre produtores e receptores das mensagens. Mediações que, afirma Martín-Barbero (2006), vêm de matrizes culturais, ativam a memória, o imaginário de massa, num espaço de identificação e experiência solidária. Neste processo de interação, devemos considerar o poder de um veículo de comunicação de massa para legitimar determinados sentidos em detrimento de outros e, ao mesmo tempo, compreender como a ideia organizadora central do enquadramento se articula com diferentes discursos e atores sociais.

A série de TV *Ser Saudável*

A série de TV *Ser Saudável*, resultado de uma parceria entre TV Brasil e a TV Universitária Unisinos (Rio Grande do Sul), estreou em 20 de abril de 2011 com a proposta de abordar algumas das principais doenças que atingem os brasileiros, debatendo o problema com especialistas de diferentes regiões do país. Do total de 88 programas, 71 abordaram algum tipo de doença e/ou distúrbio físico ou mental. Os episódios inéditos foram exibidos semanalmente até junho de 2013 e atualmente estão em reprise. A narrativa aborda a questão saúde/doença, majoritariamente, por dois pontos de vista: a experiência de personagens com o tema em questão e o saber técnico-científico sobre o assunto.

Todos os vídeos analisados foram acessados no site da TV Brasil e estão disponíveis no Youtube. Apresentado por médicos, sob a coordenação executiva de profissionais da comunicação com formação em jornalismo, cinema e publicidade, a produção contou com médicos de família e comunidade na apresentação e consultoria de conteúdo. Embora tenha a sua base de produção no Rio Grande do Sul, o programa entrevistou personagens e especialistas de outros estados do Brasil, como Ceará, Pará e Bahia.

Com uma média de 26 minutos de produção, divididos em três blocos, a ideia do programa é trazer informações sobre diferentes doenças ou situações de cuidados vivenciadas por pessoas comuns, mostrando exemplos de superação. Na primeira temporada, de 51 episódios, 42 programas trataram de algum

distúrbio e/ou doença (incluindo a dependência química, dependência à nicotina, além da desnutrição infantil). Nove episódios abordaram temas como: gravidez na adolescência; sexualidade, pré-natal, cuidados com bebê; saúde bucal; menopausa; síndrome de down; infertilidade; saúde no Brasil.

Na segunda temporada, foram 37 episódios, 29 programas sobre distúrbios e/ou doenças e oito sobre temas mais gerais: saúde na terceira idade (o primeiro da segunda fase); gestação de alto risco; métodos contraceptivos; acidentes domésticos; vacinas; saúde do adolescente; aleitamento materno e medicina de família e comunidade, o último episódio exibido em junho de 2013, quando a série passou a ser reprisada.

A narrativa é conduzida pela história dos personagens, que iniciam o depoimento se identificando e anunciando o problema que tiveram ou ainda convivem. Na sequência, intercalando depoimentos dos especialistas e dos personagens, tem-se uma gramática estabelecida no formato do programa para responder as seguintes questões: como descobriram o problema de saúde, como foi o tratamento e a superação da doença, no sentido da cura ou da boa convivência. Aos especialistas, cabe responder sobre as doenças, sintomas, formas de tratamento e prevenção. Os depoimentos dos personagens também são intercalados com momentos da entrevista em que o assunto deixa de ser o problema de saúde e passa ao tema do seu cotidiano, seja o personagem falando do seu trabalho ou do seu *hobby*. A série também utiliza o recurso do “povo-fala” e um quadro “mitos e verdades”, no qual faz um contraponto entre as dúvidas que permeiam o senso comum sobre o tema em questão e a resposta de um saber especializado. No encerramento de cada episódio, os personagens sempre respondem à pergunta: o que é *Ser Saudável*?

A quantidade e os programas escolhidos para análise levaram em conta a predominância da doença no tema geral da saúde proposto pela série e a especificidade do formato que se associa ao conteúdo. Tratando-se de uma série de TV, os programas embalados na marca *Ser Saudável* se caracterizam pela repetição do formato e do tema geral da saúde, apresentando em todos os seus episódios uma maneira de contar a história, que tem uma gramática definida desde o primeiro programa. Os especialistas mudam, os personagens e suas experiências com o processo saúde-doença também, mas a abordagem aciona os mesmos códigos de um roteiro pré-determinado.

Enquadramento (*framing*) como metodologia de análise

O conceito de enquadramento (*framing*) vem sendo utilizado em diferentes campos de pesquisa, especialmente na área de ciências humanas, em estudos da sociologia, psicologia, comunicação e política. Não há um consenso sobre o conceito, embora vários estudos identifiquem seus principais aspectos. Muitas pesquisas têm usado a ideia de enquadramento inspirada na sociologia de Erving Goffman (1974), que aplicou o conceito na análise das interações sociais para compreender como as pessoas organizam as experiências e dão sentido às suas ações na vida cotidiana, pensando no processamento da informação pela audiência.

Os estudos do *Framing* mostram que os quadros (*frames*), assim como os significados que são construídos na dinâmica social, podem direcionar as nossas escolhas e ações. Nesse sentido, este trabalho segue pressupostos de Gamson e Modigliani (1989), Reese (2001, 2007), Van Gorp (2007), Matthes e Khoring (2008), numa perspectiva construtivista, centrada na ideia de quadros como “pacotes interpretativos” (GAMSON; MODGLIANI, 1989), construídos e partilhados socialmente, na sua relação com o contexto cultural mais amplo.

Os quadros resultam de um complexo processo de interlocuções e não determinados diretamente da mídia para a audiência. Trata-se de uma moldura que perpassa todo o discurso e não pacotes individuais ou estáticos, mas “[...] princípios organizadores que são socialmente partilhados e persistentes ao longo do tempo, que trabalham simbolicamente para estruturar o significado do mundo social”.² (REESE, 2007, p. 150, tradução nossa)

Para Gamson e Modigliani (1989), os *frames* midiáticos são “pacotes interpretativos”, nos quais tanto os produtores quanto os receptores são parte do processo de construção de significados, reconhecidos em dispositivos de enquadramento, como metáforas, frases, representações, exemplos e imagens visuais. Os autores definem os quadros como “pacotes interpretativos” se referindo a uma ideia organizadora central embutida nos textos que conduzem a um sentido. Entman (1993, p. 52) oferece mais pistas na sua definição de *framing* (enquadramento).

2 “[...] frames are organizing principles that are socially shared and persistent over time, that work symbolically to meaningfully structure the social world.”

Enquadrar é selecionar alguns aspectos da realidade percebida e torná-los mais salientes em um texto comunicativo, de modo a promover uma definição particular do problema, uma interpretação causal, uma avaliação moral e/ou recomendação de tratamento para o item descrito.

Na tarefa de identificação dos quadros, optou-se pela abordagem dedutiva, em que os quadros surgem após uma revisão da literatura e análise do conteúdo, realizada com a exaustiva leitura textual e visual dos programas capturados no *site* da TV Brasil e transcritos. O uso de palavras-chave e expressões frequentes, imagens estereotipadas, fontes de informação e manifestações discursivas reforçam certos padrões na amostra (ENTMAN, 1993), bem como argumentos, imagens e recursos gráficos recorrentes em cada programa. Com base nos elementos constitutivos das mensagens, que agrupados sistematicamente formam um padrão (MATTHES; KOHRING, 2008), chegou-se aos dispositivos de enquadramento, ou seja, manifestações discursivas frequentes que levam a dispositivos de raciocínio, entendidos nos termos de Van Gorp (2007) como os discursos explícitos ou implícitos que justificam, apontam causas e consequências.

Os dispositivos de enquadramento são indícios que, isoladamente, não são suficientes para identificação dos *frames*. É na relação lógica entre os dispositivos de enquadramento e de raciocínio no conjunto de dados analisados que se encontram os quadros, validados pela sua ressonância cultural. (REESE, 2001, 2007; VAN GORP, 2007) Dessa forma, identificou-se quatro quadros: técnico-científico; comportamento e responsabilidade individual; sociocultural e ambiental; e política pública.

Apesar de não ter a intenção de combinar a pesquisa qualitativa com a quantitativa, o uso de software Atlas t.i. auxiliou no registro de ocorrências dos dispositivos de enquadramento para posterior identificação dos *frames*. Os dados quantitativos revelaram palavras e expressões frequentes, sinalizando os *frames*, sua presença, ausência e predominância em cada programa analisado e no conjunto da amostra, possibilitando ainda verificar a relação entre as ocorrências de *frames* e as fontes que mais os acionaram.

As imagens também auxiliaram na identificação dos quadros apontados pelos dispositivos de enquadramento, a partir dos símbolos e contextos apresentados nas narrativas. É importante destacar que as palavras e expressões indicativas desses dispositivos geraram dados quantitativos que não refletem o

número exato de quadros, mas ofereceram a possibilidade de avaliação e pistas para referenciar a combinação de quadros – explícitos e implícitos – identificados pelo pesquisador. Este trabalho se baseou em quatro quadros de referência:

- Técnico-científico: aponta as explicações sobre a doença e suas manifestações, mostrando a importância da prevenção, de fazer exames e seguir o tratamento recomendado pelos profissionais da saúde, especialmente médicos e pesquisadores da área da saúde que apontam: a legitimidade da ciência médica, a importância do médico, o contraponto entre os mitos do senso comum e as verdades da medicina.
- Comportamento e responsabilidade individual: destaca a importância da alimentação balanceada e da atividade física na rotina como uma responsabilidade individual, sem levar em conta aspectos sociais, econômicos, ambientais. Responsabiliza o indivíduo pelas consequências dos seus problemas de saúde, sem questionar o papel do Estado ou do mercado.
- Política pública: a saúde como direito do cidadão, bem coletivo e o papel do Estado na organização, monitoramento e avaliação da saúde.
- Sociocultural e ambiental: aponta a relação entre saúde e o contexto social, cultural, econômico, ambiental. A saúde pensada a partir das condições de vida e trabalho da população.

Na amostra de sete programas, foram identificadas 658 ocorrências de palavras e expressões frequentes. Desse total, o quadro técnico-científico ficou com 355 inserções, comportamento e responsabilidade individual com 178, sociocultural e ambiental com 68 e política pública com 57. A análise revela a hegemonia do quadro técnico-científico, presente em todos os programas e acionado por todos os atores envolvidos, principalmente pelos especialistas médicos (173 ocorrências), médicos-apresentadores (85), outros profissionais da saúde (33), personagens (42) e “povo-fala” (12).

Dos sete programas que compõem a amostra, o episódio sobre a estratégia de saúde da família é o único que gera tensão e consegue enquadrar o Técnico-Científico subordinado ao quadro Política Pública, ainda que o número de ocorrências tenha sido um pouco superior (52 para política pública e 56 para técnico-científico). Os dados também apontam que o programa Saúde da família foi responsável por 52 das 57 ocorrências encontradas para o quadro política pública, evidenciando a sua ausência em três programas (infarto do miocárdio, AVC e diabetes) e uma abordagem tangencial nos demais. O quadro

Comportamento e Responsabilidade Individual foi o segundo mais acionado, marcando presença em seis episódios e ausência no programa Saúde da família. Já o quadro sociocultural e ambiental apareceu de forma superficial em cinco programas que abordaram o personagem e sua doença, tornando-se mais visível nos programas Saúde do idoso e Saúde da família.

Os quadros dependem dos agentes envolvidos no texto comunicativo e surgem em diferentes situações, mantendo uma coerência entre si. A associação entre os quadros também pode levar a diferentes interpretações causais e soluções, que justificam e evidenciam a exposição e/ou imposição de um determinado quadro em detrimento de outros. A tarefa do pesquisador é compreender os mecanismos de execução dos quadros nesta dinâmica narrativa. Em função das limitações deste texto, concentrou-se esta análise no quadro (*frame*) técnico-científico.

A hegemonia do quadro (*frame*) técnico-científico

A amostra de programas da série *Ser Saudável* analisada revela a hegemonia do quadro Técnico-Científico, entendido neste trabalho como um quadro subsidiário do modelo biomédico. A literatura (ALMEIDA-FILHO, 2011; CASTIEL, 2002; CZERESNIA; MACIEL; LEFÉVRE, 1999; OVIEDO, 2013; VAZ, 2006) nos remete às críticas a um modelo focado em representações da saúde na perspectiva da doença, com abordagens que apontam fatores biológicos, articulados com os fatores de risco que o conhecimento epidemiológico oferece, bem como a valorização de tecnologias e procedimentos médicos, em discursos legitimados pela ciência e que colocam o profissional médico na centralidade das práticas de prevenção, diagnóstico e tratamento.

A associação do modelo biomédico a um discurso de explicações biológicas, de prevenção, tratamento e cura de doenças, aliado à imagem do que há de mais moderno em termos de acompanhamento médico-assistencial, favorece uma indústria de produtos e serviços pouco interessada no acesso público e gratuito da população ao SUS. Nesse contexto, o quadro técnico-científico se distancia de aspectos sociais, culturais e ambientais, silenciando vozes das ciências humanas e sociais, bem como de outros profissionais da saúde e correntes de pensamento que contrapõem a uma abordagem individual e fragmentada.

As imagens também reforçam a presença dos quadros num produto televisivo, em que o texto é falado para ser ouvido e visto. No caso do quadro técnico-científico, o símbolo do jaleco branco, culturalmente vinculado aos ambientes e profissionais da saúde, especialmente o médico, é uma imagem recorrente nos depoimentos das fontes especialistas da área da saúde, em sua maioria, médicos e pesquisadores.

Nos sete programas da série analisados, os profissionais da saúde foram os que mais acionaram os quadros e assumiram a imposição do quadro técnico-científico, conforme os dados apurados: 269 ocorrências para os especialistas médicos (173 acionaram o quadro técnico-científico); 142 para os médicos-apresentadores (85 acionaram o técnico-científico); 78 por outros profissionais da saúde (33 acionaram o técnico-científico); 101 inserções pelos personagens (42 acionaram o técnico-científico); e 39 ocorrências do “povo-fala” (12 acionaram o técnico-científico). Considerando que o médico-apresentador da série também é um profissional da saúde e, nesta condição, tem a prerrogativa de falar como médico dando dicas e explicações durante a entrevista com os personagens, destaca-se a fonte médica na exposição de todos os quadros.

Aos especialistas e pesquisadores, principais vozes do quadro técnico-científico, cabem as explicações biológicas sobre as doenças e/ou transtornos físicos e mentais, suas manifestações, sintomas, diagnóstico, causas e formas de tratamento, bem como a exposição de dados científicos, práticas e procedimentos médicos. Esse padrão se mostrou evidente em todos os programas, independente do problema em questão. Nos programas que abordaram doenças, como infarto, diabetes, obesidade, AVC e hipertensão, o quadro técnico-científico sempre marcou presença na voz do especialista com uma explicação biológica, na maioria das vezes, seguida e reforçada por recursos gráficos que ilustram e tornam visíveis os processos de desordens e intervenções no corpo humano.

O que está acontecendo? Seguindo a primeira pergunta sugerida por Entman (1993) para identificar o quadro, percebe-se que o enquadramento técnico-científico foi utilizado para definir o problema em discussão, ainda que para expor quadros de oposição à medicalização decorrente da biomedicina, como o quadro Política Pública, centrado na atenção básica à saúde. No episódio sobre saúde da família, por exemplo, para apontar a necessidade de uma política pública na contramão do modelo biomédico, hospitalocêntrico, as fontes e médicos-apresentadores recorrem à legitimação da ciência e à importância do médico, que são dispositivos de raciocínio do quadro técnico-científico, reforçados

pelas imagens de profissionais da saúde fazendo exame no dedo de uma pessoa, aferindo a pressão arterial, atendendo em consultório. Adotando a mesma estrutura narrativa dos demais programas, a apresentação dos personagens na abertura de cada programa é seguida da apresentação geral do tema em questão pelos médicos-apresentadores e a fonte especialista define o que está acontecendo: a estratégia de saúde da família é a solução para a maioria dos problemas de saúde da população brasileira.

[Médico-apresentador] – *No Brasil, assim como em alguns outros países, o acesso à saúde é universal. Isso significa que qualquer pessoa que precise de atenção médica pode procurar atendimento público e gratuito. Em nosso país, o atendimento à população está organizado a partir da estratégia de saúde da família, seguindo diretrizes da Organização Mundial da Saúde e as melhores evidências científicas. [...]*

[Dr. Gastão de Sousa Campos (médico sanitarista e professor – UNICAMP sem jaleco)] – *Os ingleses, investigando, descobriram que 80% dos problemas de saúde não precisavam do hospital, do especialista para serem resolvidos. Então se inventou as Unidades Básicas de Saúde, os centros de saúde, ou seja, uma rede de serviços, próxima das pessoas e chamaram isso de ‘atenção primária’. [...]* (Programa da série *Ser Saudável*, exibido em 22 de junho de 2013, na TV Brasil).

No trecho citado, o médico-apresentador usa as palavras “as melhores evidências científicas” para valorizar o atendimento prestado pelos profissionais da estratégia de saúde da família, especialmente o médico de família e comunidade que, embora seja uma especialidade médica, não goza do mesmo prestígio de outras especialidades valorizadas pelo modelo biomédico fragmentado e superespecializado, que direciona o indivíduo a buscar vários profissionais para acompanhar as diferentes partes do corpo humano. Logo em seguida, o depoimento do médico sanitarista e professor da Unicamp, uma das principais instituições de pesquisa do Brasil, não só avaliza o que diz o médico-apresentador como pretende legitimar a estratégia de saúde da família a partir dos resultados de pesquisas do modelo inglês de saúde, no qual o SUS é inspirado. Dessa forma, médicos-apresentadores e fontes especialistas se aliam na exposição do quadro técnico-científico.

No programa Saúde do idoso, embora o quadro técnico-científico não tenha sido o definidor do problema em discussão na abertura do episódio, focado

em um grupo social e não em uma doença, se manteve presente como suporte para justificar outros quadros no decorrer da narrativa, como responsabilidade individual e o sociocultural e ambiental. O episódio propõe que o envelhecimento ativo seja o caminho para ser saudável, mas é preciso se prevenir para evitar ou reduzir o impacto das doenças na velhice, o que justifica acionar o quadro técnico-científico como suporte da avaliação moral proposta em aliança com o quadro comportamento e responsabilidade individual: quem não se cuida, não se mantém ativo, pode ter uma velhice cheia de problemas, como apontam os dados da epidemiologia, baseada em um discurso de risco e probabilidades.

[Dr. Sérgio Antônio Sirena (geriatra e professor – UFRGS)] – *A terceira idade tem, digamos, um número de mais ou menos 10 ou 12 doenças que são muito prevalentes; notadamente as doenças do aparelho cardiovascular, a arteriosclerose, infarto do miocárdio, doença coronariana; outras na esfera metabólica, diabete mellitus; outras doenças degenerativas do sistema ósseo-muscular, artrites, artrose e, no campo da doença mental, notadamente depressão e demência. Uma outra questão que está relacionada com o processo de adoecimento e que não diz respeito especificamente a doença, mas sim a incapacidades ou limitações da autonomia, então, a pessoa que tem disfunção visual, evidentemente, tem muito mais chances de ter quedas, que é muito ruim na vida de qualquer idoso. [...].* (Programa da série *Ser Saudável*, exibido em 29 de setembro de 2012, na TV Brasil).

A força cultural do quadro técnico-científico se torna mais explícita nos programas que abordaram a história da pessoa que superou ou convive com alguma doença, como os episódios sobre hipertensão, diabetes, obesidade, infarto do miocárdio e AVC. Os programas estão focados no plano individual, desvinculados da pluralidade das saúdes em diferentes contextos socioculturais e das políticas públicas. A referência à doença ou ao problema vivido na apresentação do personagem já é um indicativo do quadro técnico-científico ou, como afirma Reese (2001, p. 17, tradução nossa), “a ponta do iceberg”:

– *Meu nome é Ivan Renner, tenho 54 anos e há 6 anos eu tive um infarto.* (Programa da série *Ser Saudável*, exibido em 27 de abril de 2011, na TV Brasil).

Apesar do lugar de destaque dos personagens no formato do programa, abrindo e encerrando a história, são os depoimentos das fontes especialistas que impõem o quadro técnico-científico, explicando os sinais, sintomas, causas e formas de tratamento, legitimando o relato da experiência do adoecimento tornada pública pelos personagens no percurso da narrativa. Reforçando o discurso dos especialistas, as fontes personagens trazem as noções de risco e de avanço da medicina e suas tecnologias partilhadas socialmente, que evidenciam o quadro técnico-científico caracterizado pelo tratamento de causas impessoais e não ambientais, sem discutir condições de acesso a diagnóstico e tratamento.

No exemplo a seguir, observa-se no trecho do programa sobre Infarto do Miocárdio que, além da explicação biológica da doença, a fonte especialista destaca tecnologias e técnicas para o tratamento do infarto, usando dispositivos de enquadramento como “fármacos” e “tem evoluído”. O depoimento do personagem, que buscou uma intervenção para resolver o seu problema de saúde e prolongar a vida, reforça e partilha com a especialista da mesma ideia otimista que a sociedade brasileira tem sobre a ciência e a tecnologia, associada ao progresso e, conseqüentemente, aos avanços da medicina. O uso dos recursos gráficos também auxilia o telespectador a entender o funcionamento da tecnologia capaz de manter a artéria do coração livre do entupimento provocado pelo infarto. No enquadramento, como afirma Reese (2001), o cultural está além de uma história individual e traz pressupostos enraizados que fazem sentido num mundo cada vez mais medicalizado, refém das tecnologias médicas.

[Dra. Carisi Polanczyk, chefe da unidade de cuidados coronarianos – HCPA] – *Com o entendimento de que o infarto está relacionado com o entupimento de uma artéria do coração, o que hoje se procura é, de diferentes formas, reestabelecer o sangue nesta área em que houve o entupimento. Isso se faz especialmente por uso de fármacos, de medicamentos que podem dissolver esse coágulo e reestabelecer o fluxo e também tem evoluído muito a área de intervenção.*

[Volta à entrevista de Ivan e médico-apresentador]

[Ivan] – *Euperguntava ao médico: “Pô, mas e aí? Como é que fica? Quantas coronárias estão entupidas?” E ele disse duas a três. E eu disse ‘não dá pra fazer nada?’, e ele disse ‘bem, vamos medicar’. E aí você joga ‘e a sobrevida?’ E ele disse ‘bem, em dez anos, diminui uns 10%’. Eu disse ‘isso pra mim é muito’. Mas eu deixei o médico com o seu diagnóstico e com seu*

parecer e fui adiante. Foi quando eu fui descobrir outros dois médicos e eu os consultei. O primeiro é um médico cardiologista intervencionista que disse olha, nós temos que colocar de dois a dez estentes’.

[Narração com computação gráfica] – *O estente é uma mola de aço inoxidável utilizado para abrir o entupimento de uma artéria do coração. Para colocá-lo, usa-se um cateter que possui um pequeno balão na sua ponta. O balão e o estente são colocados vazios no local onde existe a obstrução. O balão é, então, inflado com soro e líquido de contraste. Quando o balão é inflado, o estente também se abre, pressionando a obstrução contra a parede da artéria. O balão é, então, desinflado e retirado e o estente fica na posição permanentemente, mantendo a artéria aberta. (Programa da série *Ser Saudável*, exibido em 27 de abril de 2011, na TV Brasil).*

Os personagens funcionam como exemplo, uma ilustração do que está sendo dito sobre as doenças que mais afetam os brasileiros, o que justifica acionar o quadro técnico-científico com palavras e expressões como “prevenção”, “diagnóstico precoce”, “exames”, que permeiam todos os discursos. Há uma ligação estabelecida entre os relatos dos personagens conduzidos pelos médicos-apresentadores e as explicações dos especialistas, no sentido de chamar a atenção para aspectos preventivos e fatores de risco, que alicerçam o discurso dos especialistas e valorizam o papel do médico, suas prescrições, tecnologias e intervenções.

O médico-apresentador também se encaixa na narrativa como um grande aliado do quadro técnico-científico, não só quando aciona o quadro para posterior explicação e/ou repetição de informações pela fonte especialista entrevistada, mas também por ser creditado como médico, o que lhe dá a prerrogativa de apresentar dicas durante a entrevista com os personagens. Assim, é também uma voz autorizada a explicar sobre sintomas, diagnóstico, causas e formas de tratamento, pontuando um lugar de fala diferente e mais privilegiado dentro da narrativa em relação a um apresentador convencional da comunicação, como no exemplo abaixo:

[Médico-apresentador] – *Muitas vezes, quando a pessoa tem um AVC nessa área que você teve, pode ser que o trombo tenha vindo das artérias carótidas e aí se pesquisa porque, se tiver problema nessa área, pode ser*

feita uma internação específica pra evitar novos AVCs. (Programa da série Ser Saudável, exibido em 21 de dezembro de 2011, na TV Brasil).

O destaque da categoria médica na prevenção da saúde para enfrentar o rápido envelhecimento da população brasileira já se apresenta na escolha das fontes especialistas do programa saúde do idoso: dois geriatras e uma professora de educação física, que só aparece na narrativa uma vez, concentrando os depoimentos dos especialistas na voz da medicina. Observa-se prioridade para a intervenção médica, ainda que as palavras prevenção, promoção e social façam uma combinação entre os quadros técnico-científico, política pública e sociocultural e ambiental em determinados trechos da narrativa. Nesse contexto, o quadro técnico-científico reduz a questão do envelhecimento aos aspectos negativos – prevenção e controle de doenças – e os quadros política pública e sociocultural e ambiental apenas fazem uma referência superficial à promoção da saúde e ao Estatuto do Idoso, sem proposições ou associação com determinantes sociais.

[Dr. Emílio Moriguchi- geriatra e professor - Unisinos] – [...] nós temos uma estrutura que, infelizmente, ainda não está preparada pra enfrentar essa duplicação do envelhecimento da população, não somente do ponto de vista social, mas também do ponto de vista político e econômico. As políticas públicas para promoção de saúde na terceira idade estão começando. O marco, certamente, foi o estatuto do idoso, que deu destaque pro idoso, e agora nós temos vários movimentos, a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia e também nas sociedades médicas de outras áreas, como cardiologia, neurologia, para focar na prevenção de doenças relacionadas ao envelhecimento e também o seu tratamento mais adequado. (Programa da série Ser Saudável, exibido em 29 de setembro de 2012, na TV Brasil).

No programa Saúde da família, em que se destacou a medicina de família e comunidade na estratégia de saúde da família, os médicos foram os personagens centrais. Embora outros profissionais da equipe de Saúde da família tenham sido ouvidos, eles permaneceram como personagens secundários, considerando o tempo de exposição dos depoimentos dos médicos-personagens e médicos-especialistas, além do destaque que foi dado à atuação do médico na estratégia da família, inclusive por outros profissionais da equipe, como os agentes comunitários de saúde e enfermeiros. Apesar de ser o programa que mais acionou o quadro de oposição política pública de forma predominante e

em aliança com o quadro sociocultural e ambiental, a estratégia de saúde da família foi apresentada prioritariamente pelo ponto de vista médico e não da comunidade, seguindo, nesse ponto, uma das referências do quadro técnico-científico: a centralidade do médico no cuidado à saúde.

na associação com outros quadros, o técnico-científico teve como principal parceiro o *frame* comportamento e responsabilidade individual, o segundo mais acionado nas recomendações de prevenção e tratamento, propondo condutas para uma boa alimentação e atividade física regular. Porém, sem considerar que determinados grupos sociais não têm escolhas em relação ao “estilo de vida saudável” disseminado nas mídias, mas estratégias de sobrevivência. (CASTIEL, 2002) Dessa forma, abordagens restritivas e punitivas reforçam a culpa e as consequências para quem se descuida:

[Stela- personagem] – *Quando eu tava no auge da obesidade, eu sentava pra tomar um café, eu comia 3, 4 pães, pão francês, com presunto, queijo, maionese e coisa. Tranquilamente, prato, comida, montanha de comida, salada, nunca tive hábito de ter salada. [...]* (Programa da série *Ser Saudável*, exibido em 23 de novembro de 2011, na TV Brasil).

[Médica -apresentadora] – *O acidente vascular cerebral é a primeira causa de morte no Brasil. Quem fuma, bebe em excesso ou é obeso tem mais chance de sofrer um AVC. E você, sabe como se prevenir?* (Programa da série *Ser Saudável*, exibido em 21 de dezembro de 2011, na TV Brasil).

Na sociedade contemporânea, em que a lógica do risco, da doença, da medicalização e das tecnologias permeia os sentidos da saúde reconhecidos e valorizados pelo modelo biomédico, os quadros não hegemônicos surgem como quadros de oposição, pensados não só na sua relação com o individual, mas também com o coletivo. Na ação comunicativa dos programas analisados, observa-se que os quadros sociocultural e ambiental e política pública fazem o papel de oposição, ainda que também tenham sido utilizados na dinâmica dos textos para reforçar e/ou justificar a exposição de quadros dominantes, como o técnico-científico.

Considerações finais

Desviar-se de um ordenamento de padrões culturais construídos pelo modelo biomédico tem sido o desafio dos que professam discursos e práticas em defesa

de um sentido positivo e amplo da saúde, articulado com diferentes saberes e propondo valores como autonomia, diferença e subjetividade. Nesse campo teórico, existem várias abordagens que questionam o modelo fragmentado e reducionista da biomedicina, colocando em pauta determinantes sociais, contextos culturais e ambientais. Porém, na sociedade contemporânea, a hegemonia do quadro técnico-científico verificada nas abordagens dos episódios analisados reflete sentidos partilhados socialmente, em que saúde e doença estão relacionadas a questões biológicas, fatores de risco, tecnologias e procedimentos validados pela ciência médica. Trata-se de uma hegemonia legitimada pela aliança da mídia com a indústria da saúde, que lucra vendendo produtos e serviços.

Sozinho ou associado a outros quadros, o poder cultural desse *frame*, demonstrado na análise, tem nos profissionais da medicina os seus principais porta-vozes, mas permeia também o discurso de todos os outros atores envolvidos na ação comunicativa. Considerando que os meios de comunicação de massa, especialmente a televisão que atinge uma vasta audiência, produzem e difundem bens simbólicos, ganha pertinência a discussão em torno da democratização do conteúdo no sentido de contemplar a pluralidade da saúde, abrindo espaço para abordagens midiáticas que vão além do modelo biomédico e individual, enquadrando a saúde enquanto bem coletivo e nos seus diferentes contextos, em que Estado e mercado também tem responsabilidades.

Referências

- ALMEIDA FILHO, Naomar de. *O que é saúde?* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.
- CASTIEL, Luís David. Lidando com o risco na era midiática. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; MIRANDA, Ary Carvalho de (Org.). *Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. p. 112-133, 2002.
- CZERESNIA, Dina, MACIEL, Eelvira; OVIEDO, Rafael. *Os sentidos da saúde e da doença*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.
- ENTMAN, Robert. Framing: toward clarification of a fractured paradigm. *Journal of Communication*, New York, v. 43, n. 4, p. 51-58, 1993.
- GAMSON, William A.; MODIGLIANI, Andre. Media discourse and public opinion on nuclear power: a constructionist approach. *The American Journal of Sociology*. v. 95, n. 1, p. 1-37, 1989.

GOFFMAN, Erving. *Frame Analysis: an essay on the organization of experience*. New York: Harper, 1974.

IBGE. *Tabela de mortalidade*. 2013. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadevida/2013/defaulttab_pdf.shtm>. Acesso em: 14 dez. 2013.

LEFÈVRE, Fernando. A saúde como fato coletivo. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 8, n. 2, ago./dez. 1999. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/sausoc/v8n2/05.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2014.

LYOTARD, Jean-François. *A condição pós-moderna*. 6. ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 1998.

MARTÍN-BARBERO, Jesús. *Dos meios às mediações: comunicação, cultura e hegemonia*. 4. ed. Rio de Janeiro, Ed. UFRJ, 2006.

MATTHES, Jörg.; KOHRING, Matthias. The content analysis of media frames: Toward improving reliability and validity. *Journal of Communication*, New York, v. 58, n. 2, p. 258-279, 2008.

REESE, Stephen D. Prologue. Framing public life: A bridging model for *media* research. In: REESE, Stephen D.; GANDY JUNIOR, Oscar; GRANT, August. (Ed.). *Framing public life: perspectives on media and our understanding of the social life*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Publishers, 2001. Available in: <journalism.utexas.edu/sites/journalism.utexas.edu/files/attachments/reese/framing-public-life.pdf>. Access on: 25 set. 2014.

REESE, Stephen D. The Framing Project: A Bridging Model for Media Research Revisited. *Journal of Communication*, New York, v. 57, p. 148-154, 2007.

VAN GORP, Baldwin. The constructionist approach to framing: bringing culture back. In: *Journal of Communication*, v. 57, n. 1, p. 60-78, 2007.

VAZ, Paulo. As narrativas midiáticas sobre cuidados com a saúde e a construção da subjetividade contemporânea. *Logos 25: corpo e contemporaneidade*. Ano 13, p. 85-95, 2º sem., 2006. Disponível em: <http://www.logos.uerj.br/PDFS/25/08_Paulo_Vaz.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2014.

Sentidos da violência e gênero em audiovisuais de campanhas brasileiras sobre violência contra as mulheres

Gabriela Lamego
Maria Ligia Rangel-S
Natália Ramos

Introdução

Nos últimos 40 anos, a temática sobre a violência contra as mulheres tem alcançado crescente visibilidade em diferentes espaços sociais, nos cenários local e mundial. Entretanto, no Brasil, como na maioria dos países, o padrão dos homicídios em mulheres está localizado, prioritariamente, na esfera doméstica, tendo como principal agressor o parceiro, ou ex-parceiro, da vítima. (GARCIA-MORENO et. al., 2006; SCHRAIBER et al., 2005; WAISELFISZ, 2012)

A realização de campanhas educativas de conscientização pública e a inaceitabilidade da violência contra as mulheres é reconhecidamente uma importante estratégia de enfrentamento do problema. Com a criação da Lei Maria da Penha (BRASIL, 2006), as campanhas voltadas para o enfrentamento da violência contra as mulheres configuram como importantes ações de prevenção que devem ser realizadas pelas três instâncias de governo (município, estado e união).

Todavia, a despeito do número crescente de campanhas, nos últimos dez anos, observa-se a inexistência de avaliações dos resultados alcançados com estas iniciativas, como já vem sendo apontada por Heise e Moreno (2002) em um

levantamento de campanhas e outras intervenções educativas voltadas para a prevenção da violência contra as mulheres, realizadas em diversos países.

Este trabalho analisa os discursos sobre violência contra as mulheres presentes em materiais audiovisuais produzidos por campanhas educativas brasileiras direcionados ao público masculino. Trata-se da análise dos sentidos em discursos de materiais audiovisuais, baseada no referencial da hermenêutica interpretativa de Paul Ricoeur.

Elementos teóricos a partir da hermenêutica de Paul Ricoeur

A interpretação, em Paul Ricoeur (1997), aplicada à análise de textos, se diferencia da tradição que atribui ao mundo interno do texto todas as características necessárias à sua interpretação; uma tradição que restringe a interpretação às leis internas do texto, fundamentadas na semiótica, cujos principais autores são Saussure e Charles Peirce. Segundo o autor, para além das leis internas do texto é imperativo considerar a significação.

Segundo Ricoeur (2009), o que se comunica, se transfere de uma esfera da vida para a outra, não é a experiência, mas a sua significação. O autor ressalta que, o que se comunica no evento do diálogo (que liga os eventos do locutor e do ouvinte), além do conteúdo proposicional, é o sentido, de modo que “a mensagem tem o fundamento da sua comunicabilidade na estrutura de sua significação”. (RICOEUR, 2009, p. 31)

A partir de uma aproximação da teoria de Ricoeur (1997), entende-se neste estudo, que o texto só ganha sentido pela interpretação do leitor, em um determinado contexto, em que o diálogo entre texto e intérprete se dá, pois, o estatuto ontológico do texto permanece suspenso, à espera da sua leitura. É somente mediante a leitura que o processo interpretativo se realiza plenamente.

Contudo, o texto traz em si uma proposição de significado/sentido que é própria do autor/locutor. De acordo com Ricoeur (1997), o autor/locutor utiliza um conjunto de dispositivos para seduzir, convencer, persuadir o leitor/ouvinte. Desse modo, Ricoeur (1997) retira o leitor da posição de um complemento para um lugar ativo, examinando a retórica entre o texto e o leitor, na qual o leitor acompanha o texto.

Vale dizer que o autor vê as estruturas de significação no texto – na forma de prescrições de leitura. Em “O mundo do texto e o mundo do leitor” (RICOEUR,

1997), ele analisa a estratégia de persuasão que tem como alvo o leitor, ressaltando que é o autor que fomenta tal estratégia e o leitor – sujeito que lê ou público receptor –, responde a essa estratégia, acompanhando a configuração e apropriando-se da proposta do mundo do texto.

Para investigar a relação que se estabelece entre autor e leitor mediante o ato da leitura, Ricoeur (1997) desenvolve as categorias autor implicado e leitor implicado. A categoria de autor implicado está relacionada à estratégia utilizada pelo autor para compor a narrativa, através do uso de técnicas retóricas capazes de persuadir o leitor. Para o Ricoeur (1997) é através dessa estratégia que o autor real coloca-se presente na obra, tornando-se assim um autor implicado na narrativa.

Enquanto o autor real se apaga no autor implicado, o leitor implicado ganha corpo no leitor real. O leitor implicado é então um papel reservado ao leitor real pelas instruções do texto. O leitor implicado é, assim, uma categoria de análise literária compatível com a semântica do texto, assim como o autor implicado. Ambos são construídos nos textos e “[...] são correlatos ficcionalizados de seres reais: o autor implicado identifica-se com o estilo singular da obra; o leitor implicado com o destinatário a que se dirige o destinador da obra”. (RICOEUR, 1997, p. 292)

Apesar de toda a obra de Ricoeur estar voltada para o texto escrito, considerando que este só se diferencia da fala pela sua fixação, neste estudo que analisa vídeos, recorre-se a Ricoeur em função da riqueza de sua teoria para o estudo da relação texto-referência, mundo do autor x mundo do leitor. Contudo, reconhece-se que o texto audiovisual guarda especificidades que devem ser consideradas para a análise. Ao se tratar de imagem em movimento (vídeos), é necessário recorrer à análise de outros dispositivos de construção dos sentidos, que seriam comparáveis aos que Ricoeur aponta como próprios para a análise dos atos ilocucionários – pertinentes à intencionalidade do autor –, e seriam dispositivos correlatos das marcas linguísticas de enunciação oral – pontos de exclamação, interrogação –, que indicam expressões fisionômicas ou gestuais, dentre outros.

Sobre os audiovisuais

Para a discussão apresentada neste capítulo elegeu-se dois vídeos provenientes de campanhas brasileiras sobre violência contra as mulheres, realizadas entre

os anos de 2004 a 2011.¹ Este material é parte do corpus de uma pesquisa mais ampla desenvolvida no âmbito de um curso de doutorado. (LAMEGO, 2014) Neste trabalho, elegeu-se o vídeo mais antigo (2004) e o mais recente (2011) do conjunto de materiais encontrados. A opção em trabalhar com materiais audiovisuais justifica-se porque os mesmos estiveram mais acessíveis à pesquisa, permitem maior clareza na exposição dos discursos veiculados e possibilitam melhor interação com a audiência.

Os vídeos foram identificados nos sites das organizações proponentes e no *youtube*² e estão disponíveis neste último. Na seleção dos vídeos, foram considerados os seguintes critérios: ano de elaboração; destinatários potenciais; os emissores e a diversidade das abordagens utilizadas. Informações gerais sobre cada vídeo (nome, ano, duração, endereço na internet, campanha a qual pertence).

Os discursos dos vídeos, neste estudo, são tomados como textos e foram analisados a partir das categorias teóricas oriundas da Teoria da Interpretação de Ricoeur, a saber: conteúdo proposicional, leitor implicado, relação autor e leitor, observando-se os significados de violência e gênero propostos no texto/discurso/vídeo.

Os sentidos sobre violência e gênero em audiovisuais de campanhas educativas

Os dois vídeos selecionados foram analisados a partir dos sentidos que apresentam sobre violência contra as mulheres, identificados a partir da análise dos principais conteúdos proposicionais que estruturam os textos/discursos dos vídeos e das relações que estabelecem entre autor e leitor nos mesmos. Nessa análise, identificou-se nos vídeos diferentes ênfases explicativas para o fenômeno da violência contra as mulheres, são elas: a primeira, em que a violência aparece como comportamental e a segunda, como social.

1 Este período foi definido de acordo com a disponibilidade do material: o mais antigo foi produzido em 2004, e o corte em 2011 justifica-se por ser este o período de realização do trabalho de campo, momento posterior da pesquisa.

2 <www.youtube.com>.

A violência contra as mulheres é comportamental

Nesta categoria, o vídeo selecionado tem como característica principal um discurso centrado no estímulo à mudança de comportamento dos homens autores de violência como principal estratégia de enfrentamento da violência contra as mulheres. O vídeo apresentado é parte do material produzido para a Campanha “Onde tem violência, todo mundo perde”, realizada pelo Instituto Patrícia Galvão no ano de 2004.

O roteiro

As cenas se desenvolvem em um bar, à noite. Os protagonistas são quatro homens de meia idade sentados em uma mesa, bebendo e conversando, representando o hábito da cervejinha após o trabalho, no final do dia. São homens de etnias diferentes, representando a diversidade da população brasileira. Sobre a mesa, os copos e as garrafas de cerveja que se acumulam e são parte da caracterização do cenário. Apesar de a cena ter o foco nos quatro atores que participam da conversa, é possível também observar um pouco do entorno, o balcão com muitas garrafas de diferentes tipos de bebidas ao fundo, algumas pessoas próximas ao balcão, inclusive um homem e uma mulher conversando. A câmera focaliza esses homens na mesa, em primeiro plano, mas é possível perceber que é um ambiente frequentado principalmente por homens.

O vídeo tem a duração total de 0,32”. A conversa se desenvolve na seguinte sequência de vozes ao interior da cena:

Início: duração 0,1 a 0,7”

Um *zoom* coloca em primeiro plano a face de um homem (1) que fala enfaticamente: “Calma Chico... (de frente para a câmera, em primeiro plano, gesticula, levantando uma mão em direção ao homem 2). (0,01) ... vai devagar!” (expressão séria, chateado; levanta as duas mãos, reforçando o pedido de calma... vá devagar); Cê anda nervoso.... (olhando de lado, testa franzida, gesticulando agora com ambas as mãos, tom repreensivo).

Homem 2 (Chico) (de costas para a câmera): “Nervoso por que?... hem amigoo?”

Homem 1: “Baixaria!” (levantando as duas mãos em direção ao homem 2). (0,07”)

Homem 3: “Viu o que você fez ontem?” (homem ao lado dos dois primeiros, em primeiro plano, também levantando o braço, em direção ao Homem1) (0,08’)

Homem 4: “O quê tá acontecendo?” (também em primeiro plano, vira-se para o Homem 1, em tom de estranhamento/dúvida) (no fundo se vê uma mulher). (0,09’). (A câmera gira na direção do Homem 1, colocando-o novamente no primeiro plano; ao fundo vê-se que a mulher está acompanhada por um homem. Todos estão bebendo. Há muitas garrafas de cerveja sobre a mesa).

Homem 1: “batendo na mulher de novo...” (voltando-se para o Homem 4). A câmera focaliza os três (0,12’), e depois recua, enquadrando o Homem 2 de costas. Este movimenta inquieto o corpo, balança a cabeça (0,11 a 0,15’) e diz:

Homem 2: “Mas, ontem eu tomei todas, perdi a cabeça [...]” (coloca as mãos no rosto, sugerindo estar constrangido) (0,16’)

Homem 1: “Não tem esse negócio..., não tem esse negócio, tomei todas.. Aqui todo mundo toma e ninguém bate em mulher. Só você!” (aumenta o tom da voz, enfaticamente repreendendo o outro, gesticula, aproximando as mãos e a face ao homem 2).

Enquanto fala, a câmera foca no homem 4 bebendo cerveja (no tempo em que H1 fala “todo mundo toma...), enquanto o homem 3 olha expectante para o homem 2, sugerindo aguardar uma resposta – pressão), retornando a câmera para o Homem 1 em primeiro plano, falando de perto ao Homem 2.

Nesse momento (0,23’) entra a voz do narrador externo: “Bebida não é desculpa, onde tem violência perde a mulher que apanha, os filhos e você. Homem que é homem não bate.”

Continuam as imagens dos dois homens (1 e 2) conversando cara a cara. Enquanto o homem 1 fala, o homem 2 inquieto, nitidamente desconfortável, passa a mão sobre a face, cabisbaixo.

Entra a imagem da logomarca da campanha: um coração vermelho pulsante, com um curativo do lado direito, cuja batida coincide com a fala “[...] não bate [...]” (sugerindo que não tem coração). Por fim aparece o slogan “Homens pelo fim da violência contra a mulher”.

Outros elementos: vozes de conversas de fundo evidenciam que é um ambiente muito frequentado, público; tilintar de copos e talheres; música, marca a entrada da voz externa, sugerindo a entrada de algo novo: surpresa, expectativa?

Os sentidos

A análise deste vídeo mostra que o conteúdo proposicional se centra na desvinculação da relação entre o consumo de álcool e a violência contra as mulheres. A cena retratada é uma conversa entre quatro amigos em uma mesa de bar, onde o tema é abordado a partir da experiência pessoal de um dos participantes. O discurso de um dos protagonistas assume tom repreensivo e polariza da posição dos homens em dois grupos: os que cometem violência contra as mulheres e os que não a cometem e também não a aceitam. Este último posicionamento é assumido por todos na mesa que constroem o agressor. Assim, o entendimento da violência contra as mulheres é que a mesma ocorre em função de comportamentos agressivos que se justificam pelo consumo de bebidas alcólicas, de alguns homens, e o enfrentamento do problema dependeria da mudança do comportamento violento masculino.

O leitor implicado neste vídeo, o público masculino frequentador de bares e consumidor de bebida alcóolica, é instado a refletir sobre os argumentos presentes no discurso. O clima de constrangimento construído na cena indica como consequência da violência contra a mulher a não aceitação do homem no grupo de convivência. Visa também desconstruir a relação de causalidade entre o consumo de bebida alcóolica e violência contra as mulheres.

O leitor implicado é reafirmado no slogan da campanha: “Bebida não é desculpa, onde tem violência perde a mulher que apanha, os filhos e você. Homem que é homem não bate”.

Observa-se um importante componente de gênero na construção do argumento e no posicionamento do autor. O texto parece dialogar com a questão: o que é ser homem? Refutar a ideia de que para ser homem tem que ser dominador, bruto, violento, ao contrário da submissão, delicadeza e fragilidade, que fazem parte da construção social do feminino, que termina por colocar homens e mulheres como opostos binários.

A análise da relação autor-leitor no texto do vídeo sugere a intencionalidade do autor em construir uma relação de identidade com o leitor. Há vários dispositivos no texto que contribuem para construir um pacto de confiança e relação de cumplicidade entre os protagonistas e consequentemente com o leitor, o que funciona como um convite ao engajamento do leitor na reflexão sobre os argumentos do discurso. São eles: a) o espaço é reconhecido como tipicamente masculino (uma mesa de bar); b) a caracterização dos personagens (homens de meia

idade com etnias diferentes e representantes da população brasileira); c) o clima de amizade, evidenciado pelos assuntos abordados que dizem respeito a vida íntima. Estes tornam possível a apresentação de pontos de vistas diferentes acerca do tema, toda uma construção que parece constituir convocar o leitor a refletir sobre o seu posicionamento sobre a violência contra as mulheres.

A dinâmica da construção da narrativa também é indicativa de sentidos. Ou seja, a atribuição das falas e o peso que é dado aos dois argumentos: homens que utilizam a bebida como justificativa para o uso de violência contra a mulher e homens que não aceitam a relação entre bebida e violência. A conversa acontece basicamente mediante as falas de dois personagens: o primeiro que introduz o assunto, se posiciona contra a legitimação da violência e repreende o amigo; e o segundo que reconhece o uso da violência e o atribui ao consumo de álcool na noite anterior. Os outros dois amigos têm falas curtas, questionam o ocorrido e servem de suporte à fala do primeiro personagem que se apresenta como o porta-voz do grupo. A conclusão é clara: no grupo, todos bebem, mas, apenas o Chico é quem bate na mulher.

A voz do narrador é mais uma estratégia utilizada pelo autor em sua relação com o leitor. Nesse caso, a presença de uma voz narrativa do sexo masculino consiste em mais um elemento que contribui para não quebrar o pacto de confiança com o leitor, com o qual a narrativa parece buscar construir uma identidade comum, masculina. No entanto, é mediante o uso da voz narrativa que o autor emite o seu posicionamento desfavorável a relação de causalidade entre bebida e violência contra a mulher. A relação de justificativa entre o consumo de bebida alcoólica e atos violentos é, definitivamente descartada e a violência contra a mulher aparece como um problema que afeta não apenas a mulher, mas também os filhos e o próprio agressor. Ao final, a frase “homem que é homem não bate” sentencia os agressores como não-homens, ou ainda, homens de uma qualidade diversa daqueles que não agridem as mulheres, os verdadeiros.

A violência contra as mulheres é um problema social

nesta categoria, o vídeo selecionado tem como característica principal o entendimento da violência contra as mulheres como problema social produto de uma matriz cultural marcada pelas desigualdades de gênero. O vídeo apresentado é parte do material produzido para a Campanha Mulheres e Direitos, realizada pela ONU Mulheres, no ano de 2011.

O roteiro

A narrativa é construída a partir das falas de três artistas brasileiros conhecidos do grande público. O primeiro é o ator Milton Gonçalves, o mais velho dos três, o segundo o ator Bernardo Mesquita, o mais jovem e, por último, o dançarino Carlinhos de Jesus, que tem uma idade intermediária a dos outros dois. Cada um deles aparece em um cenário relacionado ao universo doméstico e suas falas abordam os seguintes temas: as mudanças na sociedade brasileira, as mulheres que se destacam nos espaços públicos, as desigualdades sociais entre homens e mulheres e a violência contra as mulheres. Os atores se mostram à vontade na realização de tarefas domésticas e nos espaços que aparecem ocupando.

O vídeo tem a duração de 1 minuto e 20 segundos. Inicia com apresentação da logomarca e do nome da campanha (0,1' - 0,4"). A marca representa quatro perfis em tamanhos crescentes, superpostos, em vermelho e preto, sugerindo as polarizações luz/sombra, vida/morte, alegria/tristeza). O nome da campanha "Mulheres e Direito" é apresentado abaixo da marca.

Na primeira cena (0,5" - 0,23") o ator Milton Gonçalves encontra-se em uma cozinha moderna, de classe média, bem equipada, bem vestido, portando um relógio dourado no braço esquerdo. Usa avental e está colocado na frente de um fogão, mexendo a colher de pau em uma panela. A cena inicia com o ator, enquanto cozinha, dirigindo-se à câmera e falando: Vocês não vão se lembrar, mais antigamente as mulheres não tinham direito nenhum... Enquanto fala gesticula com o braço esquerdo, enfatizando a fala. Prossegue: Não podiam estudar..., não podiam ter uma profissão..., não podiam trabalhar para fora... (0,15"). Ainda bem que isso mudou! (exclama) (0,16"). Vocês sabem quem é a jogadora de futebol mais famosa do mundo? (interrogando, aproximando o rosto da câmera) (0,17"-0,21"). É uma brasileira (afirma sorrindo) (0,21"-0,23").

A segunda cena acontece em um estacionamento. O ator Bruno Mesquita está retirando as compras do fundo do carro e colocando em um carrinho. Olhando para a câmera pergunta: Quem está hoje no cargo mais importante do país? A presidência da República? (0,14" - 0,25"). Com expressão de surpresa, com a face aproximada à câmera, em primeiro plano, responde: Uma mulher! (0,26" - 0,27"). Continua em primeiro plano: Mas mesmo assim nós fomos criados desde criança para saber que os homens e mulheres não têm os mesmos

direitos. (0,28”- 0,33”). E é sobre esta desigualdade que a violência contra a mulher se sustenta (0,34”- 0,36”).

A terceira cena (0,37 – 0,56”) se dá na sala de estar de uma residência. O dançarino Carlinhos de Jesus está sentado no sofá e fala dirigindo-se enfaticamente à audiência: Todo o relacionamento tem que ter respeito! (acentua as palavras com as mãos) (0,37”- 0,39”). Não importa se é namoro, se é casamento... (olhando para as mãos e contando nos dedos...). Ninguém manda em ninguém! (olhando novamente para a câmera e acentuando com as mãos) (0,40 – 0,43). Na semana passada, um amigo meu bateu na mulher, eu tomei um susto danado, pois percebi que esta violência [apontando para trás, enfatizando que fala da violência contra a mulher] está mais perto do que a gente imagina. (0,44”- 0,51”). Finaliza gesticulando: Acabar com o machismo depende... somente da gente! De todos nós! (gesticulando) (0,51-0,56).

Na sequência (0,57”- 1,04”) aparece a Maria da Penha sentada em uma cadeira, em primeiro plano, tendo como fundo uma parede coberta por estantes brancas cheias de livros. Ela afirma e recomenda: A violência contra a mulher é crime! Denuncie! Disque 180 ou vá à delegacia mais próxima. Pode se ouvir uma música instrumental ao fundo.

No final, é mostrada novamente a logomarca e o nome da campanha com a expressão “Disque 180”.

Na tela seguinte, é apresentada a logomarca de todas as organizações parceiras da campanha: ONU Mulheres (Entidade das Nações Unidas para a Igualdade de Gênero e Empoderamento das Mulheres), UNAIDS (Programa Conjunto das Nações Unidas contra HIV/AIDS), UNFPA (Fundo da População das Nações Unidas), IMP (Instituto Maria da Penha), UNICEF, UNA-SE pelo Fim da Violência contra as Mulheres – Campanha do Secretário Nacional das Nações Unidas.

A logomarca e o nome da campanha aparecem novamente no final do vídeo. Todas as falas são acompanhadas de legendas.

Os sentidos

O conteúdo proposicional do discurso está nas mudanças nos papéis desempenhados por mulheres e homens ao longo da sociedade brasileira e a participação dos homens na eliminação da violência contra as mulheres. Os protagonistas se apresentam como homens que reconhecem, valorizam e não se sentem

intimidados diante das conquistas femininas e posicionam-se contrários à violência contra as mulheres.

A argumentação do discurso se constrói a partir do entendimento de que as desigualdades de gênero constituem a base da violência contra as mulheres. Desta forma, é possível identificar uma filiação do discurso a uma perspectiva sociológica, “as mulheres não tinham direito nenhum, não podiam estudar, não podiam ter uma profissão, não podiam trabalhar fora”,³ na qual as diferenças entre homens e mulheres são uma construção social e não devem ser naturalizadas. (SCOTT, 1995) Em outra passagem, “fomos criados desde criança para saber que homens e mulheres não tem o mesmo direito”,⁴ parece evidente o reconhecimento da existência de uma educação sexista que sedimenta os estereótipos de gênero. (LOURO, 1997)

No final do vídeo, há a presença da Maria da Penha que fala sobre a criminalização da violência contra as mulheres, a existência da legislação brasileira e a importância da denúncia. Esta fala é mais um marcador do entendimento que o discurso atribui a este tipo de violência e do reconhecimento da existência da Lei Maria da Penha como uma conquista social, o que remete ao nome da campanha “Mulheres e Direitos”.⁵

Nesse vídeo, o leitor implicado são homens que podem se identificar de diferentes formas com o discurso apresentado, reconhecendo a participação cada vez mais ativa das mulheres na sociedade, concordando que os homens podem assumir algumas atividades relacionadas às tarefas domésticas e engajando-se no combate a este tipo de violência. A fala final de um dos artistas, “acabar com o machismo, depende somente da gente”,⁶ ao referir-se à violência como algo bastante próximo (cometida por um amigo) evidencia a quem é direcionado o discurso.

Desta forma, o discurso dirige-se prioritariamente aos homens que são convidados a refletir sobre os argumentos apresentados e as posturas assumidas pelos protagonistas. As falas e os comportamentos dos artistas se apresentam como referências na direção a uma desconstrução dos papéis

3 Fala do ator Milton Gonçalves no vídeo, transcrição literal apresentada no roteiro.

4 Fala do ator Bruno Mesquita no vídeo, transcrição literal apresentada no roteiro.

5 O trecho em que aparece a Maria da Penha está presente em outros vídeos da campanha “Mulheres e Direitos”, produzida pela ONU Mulheres, em 2011.

6 Fala dos artista Carlinhos de Jesus no vídeo, transcrição literal apresentado no roteiro.

estereotipados de gênero. O discurso se caracteriza por um tipo de enunciação pedagógica, como denominada por Verón (1987), em que o autor lança mão de um conjunto de argumentos para construir um percurso para o engajamento do leitor que, neste caso, se realiza mediante a historicização do problema na sociedade brasileira e o questionamento da matriz cultural que aprofunda as desigualdades de gênero.

A relação autor e leitor, no vídeo, se constrói em discurso, com o foco principal nas mudanças nos papéis desempenhados por mulheres e homens na sociedade brasileira e a participação dos homens na eliminação da violência contra as mulheres. Os protagonistas se apresentam como homens que reconhecem, valorizam e não se sentem intimidados diante das conquistas femininas e se posicionam contrários à violência contra as mulheres. Este é o convite que o autor faz ao seu leitor implicado: a identificação com os protagonistas e o posicionamento contra a violência. O argumento de que existem dois grupos de homens, os que cometem a violência e os que são contra esta, também é presente neste vídeo.

A escolha dos cenários e dos artistas presentes é parte integrante da análise do discurso e reveladora de sentidos. Existe uma consonância clara entre o que está sendo dito e o que pode ser observado nas imagens. O discurso que aborda as mudanças nos papéis desempenhados socialmente por homens e mulheres é reforçado pela presença dos protagonistas em espaços domésticos, realizando tarefas que comumente não estão associadas às imagens dos homens.

Esta opção na construção do cenário visa conferir maior legitimidade ao que está sendo dito e reforça o argumento da necessidade de uma maior flexibilidade dos papéis sociais. Não há a presença de mulheres na narrativa apresentada, mas a referência à Presidente da República e à melhor jogadora de futebol do mundo demarcam espaços de poder já alcançados pelas mulheres na sociedade atual. Os protagonistas são três artistas de idades e etnias diferentes, o que ilustra parte da pluralidade que compõe o universo masculino brasileiro e possibilita uma identificação com o público receptor.

O reconhecimento da inaceitabilidade da manutenção da violência contra mulher como forma de opressão e dominação está presente no discurso, a partir da identificação das mudanças ocorridas na sociedade, com a maior presença das mulheres em espaços sociais e cargos políticos, tradicionalmente ocupados por homens.

Considerações finais

Primeiramente, é relevante ressaltar que neste texto não se pretendeu aprofundar na análise das especificidades de campanhas direcionadas ao público masculino, nem dos marcadores de gênero presentes nos textos/discursos/vídeos aqui abordados, o que foi objeto de outro trabalho e que deverá estar disponível em publicações futuras. No presente texto, buscou-se trazer algumas contribuições da hermenêutica interpretativa de Paul Ricoeur para a análise dos sentidos sobre violência contra as mulheres em dois audiovisuais de campanhas educativas brasileiras.

De acordo com as categorias construídas a partir do referencial ricoeuriano (conteúdo proposicional, leitor implicado e relação autor e leitor) e analisadas anteriormente, é possível encontrar algumas semelhanças e diferenças entre os dois materiais analisados. Nos dois vídeos, pode-se identificar nos discursos a referência a uma clara divisão entre dois tipos de homens – os que cometem e os que não cometem violência e não a aceitam. A mesma remete claramente ao discurso da Campanha Internacional do Laço Branco – Homens pelo Fim da Violência contra a Mulher, criada por um grupo de homens no Canadá diante do assassinato de estudantes em uma universidade, e que posteriormente se difundiu em diferentes países, constituindo comitês gestores locais.

Da mesma forma, nos dois discursos sobre violência contra as mulheres presentes nos audiovisuais analisados, identifica-se uma filiação à perspectiva feminista de abordagem da temática. Reconhecimento tal que está diretamente relacionado com as características das organizações emissoras: o Instituto Patrícia Galvão, uma Organização Governamental Feminista e a Agência Internacional ONU Mulheres, que atua pela promoção dos direitos das mulheres. Apesar dos vídeos apresentarem conteúdos proposicionais diferentes – o primeiro visa desconstruir a relação entre o consumo de bebida alcoólica e violência e o segundo reconhece a violência como fruto das desigualdades sociais entre homens e mulheres – é possível identificar estratégias semelhantes de persuasão que reside na construção de uma relação de cumplicidade entre autor e leitor e em uma convocação do leitor que assuma um posicionamento contrário à violência.

A partir da análise dos vídeos é possível reconhecer duas estratégias diferentes utilizadas pelos autores reais na construção dos vídeos/textos: a construção de um enredo ficcional com personagens e a construção de uma narrativa

centrada na presença de artistas. São duas formas diversas de produzir enredos e interações com os espectadores. Primeiramente, a utilização da encenação, um recurso da ficção, visa reproduzir situações e diálogos que possibilitem reflexões acerca do tema, aproximando-se da linguagem da teledramaturgia e do cinema. O segundo tipo, a participação de artistas visa construir um argumento de autoridade, visto que são pessoas que estão frequentemente presentes na mídia e por isso conhecidas pelo grande público. Desta forma, a sua presença no material é um recurso para influenciar as opiniões acerca da temática, favorecendo-se das relações de empatia pré-existente.

A relação que se coloca entre o enunciador e destinatário, ou entre o autor real e o leitor real, como propõe Ricoeur, assume particularidades na construção do texto que são dignas de uma análise aprofundada. É diante do reconhecimento da inexistência de um discurso universal, ou seja, um discurso capaz de abranger as diversidades e pluralidades que envolvem o universo dos destinatários que se torna necessário um reconhecimento do processo de recepção e dos sentidos que os leitores reais podem atribuir aos textos em análise.

Torna-se necessário também reconhecer que, a especificidade da natureza dos produtos em análise deve também ser considerada. São peças de comunicação produzidas para a televisão com duração média abaixo de 60 segundos. O tempo exíguo imprime limitações significativas na produção do material, na escolha da abordagem e na construção do discurso, não impedindo, no entanto que se possa extrair de seus discursos importantes referências sobre os discursos emitidos nas mensagens publicitárias veiculadas em campanhas de combate à violência contra as mulheres.

Por último, é relevante ainda destacar a atualidade do debate sobre violência contra as mulheres e a necessidade permanente de se produzir/construir estratégias para a desnaturalização deste problema social na sociedade brasileira.

Referências

BRASIL. Lei n. 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do 8º do art. 226 da Constituição Federal. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 8 ago. 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm>. Acesso em: 26 jun. 2016.

GARCIA-MORENO, C. et al. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country on women's health and domestic violence. *Lancet*, v. 368, n. 9543, p. 1260-9, 2006.

HEISE, L. L.; MORENO, C. G. Violência entre parceiros íntimos. In: KRUG, E. G. et al. *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 2002.

INSTITUTO PATRICIA GALVÃO. Campanha *Onde tem violência, todo mundo perde*. Spot bar 2004. 32seg. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=BezvylMdt9k>>. Acesso em: 25 mar. 2014.

LAMEGO, G. *Sentidos sobre violência contra as mulheres: uma análise interpretativa proveniente de campanhas brasileiras*. 2014. 182 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.

LOURO, G. L. *Gênero, sexualidade e educação: uma perspectiva pós-estruturalista*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1997.

ONU MULHERES. *Campanha Mulheres e Direitos*. Artistas completo. 2011. 79 seg. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=xsntsKrrFxs>>. Acesso em: 25 mar. 2014.

RICOEUR, P. O mundo do texto e o mundo do leitor. In: RICOEUR, P. *Tempo e narrativa*. Campinas, SP: Papirus, 1997. t. III, p. 273-314.

RICOEUR, P. *Teoria da interpretação: o discurso e o excesso de significado*. Lisboa: Edições 70, 2009.

SCHRAIBER, L. B. et al. Violência e saúde: estudos científicos recentes. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, v. 40, n. esp., p. 112-120, 2006.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil para a análise histórica. *Educação e Realidade*, Porto Alegre, v. 20, n. 2, jul./dez. 1995.

VERÓN, E. *L'analyse du «Contrat de Lecture»: une nouvelle methode pour les etudes de positionnement des supports presse*. Paris: IRE. 1987.

WAISELFISZ, J. J. *Mapa da Violência 2012*. São Paulo: Instituto Sangari, 2012. (Caderno Complementar 1: Homicídios de Mulheres no Brasil).

Um modelo de análise do discurso noticioso em saúde¹

Jane Mary de Medeiros Guimarães
Maria Ligia Rangel-S
Sebastião A. Loureiro de Souza e Silva
Adroaldo de Jesus Belens
Erika Santos de Aragão

Introdução

No contexto brasileiro, na dinâmica de mercado, as empresas oferecem bens e serviços para o consumo em saúde, que se configuram como inovações que crescem a uma velocidade impactante para o sistema de saúde, principalmente quanto aos custos provenientes da incorporação de tecnologias no Sistema Único Saúde (SUS). Essas inovações são disseminadas mediante estratégias em mídias, que influenciam a produção de necessidades e demandas em saúde. Dessa forma, as notícias potencializam e fortalecem a hegemonia do mercado, através de sentidos implícitos no discurso noticioso. Frente a esses fatos, o Estado tem

1 O presente trabalho resultou da tese de doutoramento em Saúde Pública, intitulada de “Paradigmas e trajetórias tecnológicas em saúde: mídia, acesso e o cuidado do diabetes”, defendida por Jane Mary Medeiros Guimarães em 2014, pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA) e orientada pelos Prof. Sebastião Loureiro e Maria Ligia Rangel-S. Esta publicação apresenta parte da produção do segundo artigo da tese que analisa os sentidos discursivos das notícias sobre a área da saúde na mídia impressa (revistas), e contou com a colaboração de Adroaldo Belens e Érika Aragão.

como desafios possibilitar o acesso às tecnologias seguras e eficazes, além de garantir a sustentabilidade do SUS.

Consequentemente, distintos discursos disputam a hegemonia na saúde. Nessa disputa, as relações de poder emergem das tensões de interesses de mercado e dos aspectos culturais decorrentes do processo saúde-doença-cuidado. Cabe destacar que, nesse cenário de disputas de sentidos, há ideologias dominantes e outras que buscam se contrapor a essa lógica de mercado.

Nesse campo de disputa, é hegemônico o modelo explicativo do processo saúde-doença fundamentado no saber biomédico, centrado na doença, nos medicamentos e na especialidade médica. (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998) É essa perspectiva que ganha notoriedade na mídia, enquanto o modelo de determinação social da saúde e da doença, que fundamenta a priorização da prevenção de doenças e da promoção da saúde, através de políticas como a da atenção básica, a estratégia da saúde da família, que orientam práticas de cuidado no SUS, tem menor relevância nas pautas jornalísticas, senão para desqualificá-las como uma forma de prevalecer os interesses de mercado.

O domínio da mídia cresce de forma exacerbada, passando a ser considerada o quarto maior segmento econômico do mundo, maior fonte de informação e acúmulo de poder, capaz de construir realidades. Ademais, Thompson (2011) destaca que a comunicação midiática é uma forma de relato e ação. Portanto a análise da comunicação deve considerar a intencionalidade da ação, socialmente contextualizada, nos discursos por onde se produzem sentidos.

Partindo desse fundamento, Temporão (1984) afirma que a mídia, como veículo responsável por disseminar informações e influenciar ações, continua sendo utilizada pelas empresas como um recurso que viabiliza a estratégia de incorporação de inovações tecnológicas em saúde e o aumento do consumo de bens e serviços lançados no mercado. Assim, a mídia dissemina discursos com sentidos informativos, mas que, em seus processos interpretativos do público que alcança podem influenciar práticas em saúde e viabilizar interesses diversos, criando falsas necessidades.

A necessidade é uma categoria que dialoga com os princípios pétreos do SUS, e das políticas públicas, e que orienta as suas diretrizes e prioridades. O conceito de falsas necessidades surge a partir do desejo que se configura na dinâmica concorrencial e do marketing da indústria. (ARAGÃO; LOUREIRO; TEMPORÃO, 2014)

Para a reflexão aqui proposta, assume-se o conceito de “necessidade” de Agnes Heller, que define necessidade como um desejo consciente, aspiração, intenção dirigida a todo o momento para certo objeto e que motiva a ação como tal. O objeto em questão é um produto social, independentemente do fato de que se trate de mercadorias, de um modo de vida ou de outro homem. (HELLER, 1986) Para Paim (1980, p. 45),

[...] as necessidades de saúde são definidas por homens que vivem em determinadas condições históricas, num determinado complexo social ou conjunto de relações sociais, e que nesse contexto tem ou não o poder de enunciá-las e de serem normativos em relação à vida.

Há também de destacar que as perspectivas teóricas adotadas por Temporão, Paim e Heller nas obras acima citadas levam a compreender que a mídia assume o papel de criar necessidades em saúde, ao direcionar o seu discurso noticioso para a disseminação e difusão de tecnologias no mercado de bens voltado à saúde. Ressalte-se que a saúde tem especificidades que fogem às regras desse mercado, principalmente porque em geral a oferta determina a demanda.

Nesse cenário e considerando o campo da comunicação em que todos estão sujeitos, ao consumo desnecessário motivado pela mídia, as notícias tendem a atingir um determinado consumidor, visando atender a interesses privados, principalmente no que se refere ao mercado de saúde. Nesse aspecto, o sentido da notícia influencia na criação de necessidades em saúde para gerar demandas; as empresas utilizam esse instrumento comunicacional para intensificar o consumo de produtos ou serviços; e o Estado, apesar de direcionar a notícia para mesmo público alvo das empresas privadas, visa outros interesses potencialmente voltados para temas de interesse coletivo, visando também construir a sua hegemonia política.

Neste estudo, assume-se o caráter empresarial da mídia, e diante disto, afirma-se que a notícia não é neutra, mas que, na sua produção, utiliza-se de premissas e argumentos implícitos para vender notícias, divulgar tecnologias em saúde, a serviço das empresas que, estrategicamente, buscam formar ou fomentar mercado de consumidores de produtos e serviços.

Diante dessa realidade, compreende-se que o cuidado à saúde envolve, de um lado, profissionais detentores de conhecimentos específicos e, de outro, portadores de necessidades de saúde que podem ser sentidas, diagnosticadas ou ainda produzidas.

A notícia é vista de diferentes perspectivas na literatura especializada. Assim, Genro-Filho (1989) conceitua a notícia como uma unidade básica de informação do jornalismo. Os fatos jornalísticos são objetos das notícias e constituem a menor unidade de significação. Ainda, considera que a notícia é tudo o que o público deseja saber; a qual é determinada pelo interesse do leitor e pela intenção do produtor da notícia como mercadoria e como disseminador de produtos e serviços de saúde. De uma perspectiva informacional, Lozano (1997) afirma que a notícia é toda forma de matéria jornalística com o objetivo de relato de um acontecimento recente, podendo se identificar com um evento novo. A matéria informa sobre isso, mas visando analisar o acontecimento, informá-lo, de modo que esse não seja considerado como notícias, sendo concebido de modo variado quanto à natureza, objetivos e sentidos.

Todos estes aspectos assumem relevância, entretanto, há que se destacar que uma simples notícia sobre serviços carrega a possibilidade de um consumo futuro. É que, de fato, reconhece-se que a notícia tem a capacidade de informar quando está exercendo a função educativa, informando quanto à doença, seus fatores de riscos à saúde, entre outros, além de oferecer um leque de orientações preventivas quanto às ações necessárias para a prevenção, proteção contra esses riscos e danos.

O formato da revista, focalizada neste estudo, diferencia-se das demais publicações periódicas, e define, em parte, seu conteúdo. Caracteriza-se pela portabilidade e facilidade em ser colecionável; qualidade gráfica; periodicidade (mensal, semanal ou quinzenal). Além disso, a revista conta com mais tempo para apurar o texto e interpretar os acontecimentos. (MACIEL, 1995) O leitor costuma adquirir várias edições da mesma publicação, conforme os temas abordados, caracterizando-se com pertencimento a um grupo com identidade comum e com um editor. (BARBOSA, 1996; MORAES, 1998; SCALZO, 2004;)

Este capítulo limitou-se a responder como a mídia impressa – revistas *Veja* e *ISTOÉ*, – no período de 1998 a 2012, dirige ideologicamente o consumidor na produção de necessidade de consumo de produtos e serviços de saúde, com o objetivo de apresentar o modelo de análise dos elementos constitutivos do discurso noticioso em saúde.

O acesso digital à revista *Veja* foi realizado pelo site da Editora Abril. A busca foi realizada por descritores, e independente da temática da notícia, foram encontradas 2.015 palavras compondo as notícias; foram analisados 834 exemplares, sendo 777 da *Veja* e 57 da *Veja Especial*. A coleta da revista *ISTOÉ* foi realizada através das edições anteriores. Foi disponibilizado no seu acervo, o acesso às

edições, a partir do ano 1999. Foram encontrados 989 exemplares e analisados 699, com 3.104 palavras localizadas, independente da temática da notícia. Do total das 367 notícias consideradas válidas, 214 (58,31%) foram coletadas na revista *ISTOÉ*; e 153 (41,69%) na revista *Veja*. O descarte das notícias das revistas *Veja* e *ISTOÉ* se deu quando essas notícias, não estavam relacionadas ao diabetes. Ressalta-se que as notícias descartadas se referiram principalmente aos descritores “medicamentos” e “remédios” relacionados a outras doenças.

O discurso noticioso em saúde: uma proposta de modelo de análise

É a compreensão da produção de sentidos nos discursos circulantes que permite apreender a hegemonia de uma determinada forma de ver a realidade social. A noção de sentido se relaciona, portanto, à noção de discurso. O sentido está relacionado às posições ideológicas que se produzem ou reproduzem no jogo do processo sócio histórico de construção dos discursos. (BARONAS, 2005) Pêcheux (1995, p. 160), argumenta que o sentido muda segundo as posições sustentadas por aqueles que as empregam, conforme segue:

[...] as palavras, expressões, proposições... mudam de sentido segundo as posições sustentadas por aqueles que as empregam, o quer dizer que elas adquirem seu sentido em referência a essas posições, isto é em relação às formações ideológicas.

Para Foucault, “[...] somos seres de linguagem e não seres que possuem linguagem”. (FOUCAULT, 2008, p. 20-21) Mas a linguagem se coloca em movimento pelos discursos, então, são esses discursos que instituem os objetos de que falam. (GRANGEIRO, 2005)

Foucault defende que a palavra institui a coisa. A formulação do conceito de formação discursiva surge em *Arqueologia do Saber* de Foucault, publicado em primeira edição em 1969. Na apresentação desse conceito, o autor argumenta que os discursos são uma dispersão, e a unidade do discurso seria “[...] o jogo das regras que definem as transformações [...](de)] diferentes objetos, a sua não-identidade através do tempo, a ruptura que se produz neles, a descontinuidade interna que suspende a sua permanência”. (FOUCAULT, 2008, p. 37) Portanto, forma-se por elementos que não estão ligados por nenhum princípio de unidade

a priori. Assim a tarefa do pesquisador, segundo Grangeiro (2005), na análise do discurso, seria descrever essa dispersão, buscando as “regras de formação” que regem a formação dos discursos.

Em Foucault, as regras que determinam uma formação discursiva apresentam-se, pois, como um sistema de relações entre objetos, tipos enunciativos, conceitos e estratégias que caracterizam a formação discursiva. Todavia, o autor estabelece as relações entre os dizeres e os fazeres, mas atribui autonomia às práticas discursivas. A sua teoria não aborda as questões de luta de classes e ideologia, nem aborda o sentido. Segundo Cascais (2005), Foucault (2008, p. 21) “[...] recusa o apelo ao sentido que governa a análise hermenêutica”, pois “[...] as práticas discursivas proporcionam por si mesmas um espaço não significativo de transformações autorreguladas”, em que os sentidos estariam nos enunciados, conceitos, sujeitos e objetos tomados pelos participantes. Entretanto, a proposição de Foucault é criticada por diversos autores, a exemplo de Dreyfus e Rabinow, que apontam ambiguidades no método arqueológico. (CASCAIS, 2005) Pêcheux também reconhece o conceito foucaultiano de formação discursiva, mas faz readaptações relacionando o conceito à questão da ideologia e da luta de classes. (GRANGEIRO, 2005)

A análise do sentido tem sido objeto da fenomenologia, destacando-se a hermenêutica de Paul Ricoeur e sua teoria da interpretação (RICOEUR, 1999), que tem contribuído com estudos sobre a relação mídia e saúde. (SANTOS, 2001) Para esse autor, o sujeito dos enunciados das narrativas contém mais sentido do que aquele que exprime verbal e literalmente, por isso necessita ser interpretado. É pela narração que se permite a compreensão do próprio sujeito da frase, numa dimensão temporal e histórica. É pela interpretação que se leva ao conhecimento indireto da sua existência, pois o texto é interpretado para compreender a existência que o próprio texto expressa. (RICOEUR, 1999)

O modelo de análise elementos constitutivos do discurso noticioso em saúde foi constituído a partir de leituras realizadas sobre a lógica de Irving Copi (1981), destacando-se o estudo de métodos e princípios usados para distinguir o raciocínio correto do incorreto. Recorre-se sobretudo a Paul Ricoeur, em especial a sua obra *Teoria da Interpretação, o discurso e o excesso de significação*. (RICOEUR, 1999)

O modelo de análise é estruturado por premissas analíticas: (a) sujeito da frase da notícia; (b) predicado do sujeito da frase da notícia; (c) premissa implícita.

Os elementos que constituem os sentidos das notícias estão na própria interpretação do que se desvela no discurso e na sua apropriação. À conotação do que se quer “dizer”, se associa a interpretação nesse jogo e nesse círculo entre interpretar e ser interpretado. As interpretações, ainda que conflituosas ou mesmo contraditórias, são igualmente válidas. (RICOEUR, 1999)

Partindo desse pressuposto, a interpretação da notícia dá-se numa relação dialética entre interpretar e apropriar-se da intenção dos sentidos que se quer noticiar: (a) quem produz a notícia (produtor); (b) quem interpreta o sentido da notícia (leitor). Isso ocorre num jogo de interpretar e ser interpretado, como um círculo que envolve os elementos constitutivos do discurso e a diversidade de formas de interpretar o sentido da notícia.

A acepção aqui defendida é que todos interpretam indistintamente os sentidos das notícias. Todavia, o que se diferencia nesse processo é a amplitude da interpretação que, segundo Ricouer (1999) depende dos contextos históricos, culturais, cognitivos e sociais de cada leitor.

O sentido produzido pelas notícias vem carregado de intencionalidades que podem partir de argumentações e raciocínios de caráter indutivo e/ou dedutivo, componentes das premissas que constituem os discursos, sendo que no processo de interpretação, tanto o produtor quanto o leitor interpretam os sentidos implícitos. Também de analogia é o raciocínio que se desenvolve a partir da semelhança entre casos particulares, e através desse não se chega a uma conclusão geral, mas só a outra proposição particular. Além disso, assemelha-se à indução, mas, entretanto considera somente um caso particular como ponto de partida. (COPI, 1981)

O sujeito da frase da notícia, a doença, traz a proposição como uma frase informativa cujo conteúdo pode ser verdadeiro ou falso. As proposições funcionam como enunciados que expressam o sentido do termo/sujeito.

O predicado do sujeito da frase da notícia é composto de argumentos compreendidos como um conjunto de enunciados que se relacionam entre si, e validam a referida premissa, podendo ser falaciosos ou não. Esses podem se manifestar através de inferências que fortalecem o discurso noticioso. A inferência é um processo pelo qual, através de determinados dados, chega-se a “alguma” conclusão.

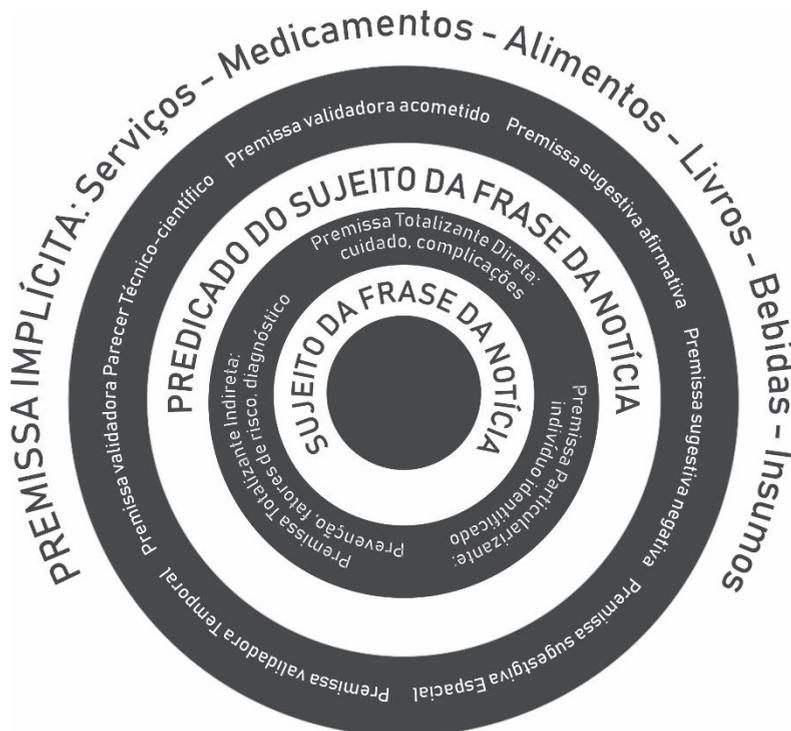
A premissa implícita é a expressão do sentido da intencionalidade das notícias, que se desvela sob um processo de raciocínios indutivo e dedutivo. O raciocínio dedutivo é um tipo de raciocínio que parte de uma proposição geral

(referente a todos os elementos de um conjunto), e conclui com uma proposição particular (referente à parte dos elementos de um conjunto), que se apresenta como necessária; ou seja, que deriva logicamente das premissas. E o raciocínio indutivo é aquele que, após considerar um número suficiente de casos particulares, conclui uma verdade geral. (COPI, 1981)

Nesse modelo de análise, a proposição geral e particular são premissas que também compõem o discurso noticioso. Cada um desses elementos estrutura-se no desenho das notícias, a qual institui a intencionalidade, ou seja, o sentido que o autor pretende dar ao texto da notícia.

A partir dessas premissas, foi constituído um modelo de análise para as notícias que abordam o tema saúde, veiculadas em revistas, conforme Figura 1. Modelo de análise dos elementos constitutivos do discurso noticioso em saúde, a seguir apresentada:

Figura 1 - Modelo de análise dos elementos constitutivos do discurso noticioso em saúde



O primeiro elemento constitutivo do discurso noticioso em saúde é o Sujeito da Frase da Notícia (SFNot). Esse sujeito é entendido como a centralidade à qual se refere o sentido da notícia; a doença, no caso específico deste estudo; o diabetes. Esse sujeito é composto por premissas, as quais são classificadas em Premissa Totalizante (PTOT) que se conceitua como proposições compostas de informações essenciais sobre a prevenção, fatores de risco da doença, diagnóstico, cuidado/controlado e complicações.

A PTOT se subdivide em duas categorias de análise: (a) Premissa Totalizante Indireta (PTOTi), proposição discursiva que se reporta à prevenção, diagnóstico e fatores de risco da doença, pois a intencionalidade é atingir a população em geral e não direcionar a notícia apenas ao portador do diabetes; (b) Premissa Totalizante Direta (PTOTd), proposição discursiva que se reporta ao cuidado/controlado e complicações, cuja intencionalidade é atingir o portador da doença.

Outra classificação do sujeito da frase da notícia é a Premissa Particularizante (PPART), concebida como uma experiência individual pela qual o sujeito portador da doença é identificado na notícia.

O segundo elemento que constitui o discurso noticioso em saúde é o Predicado do Sujeito da Frase Notícia (PSNot). Conceituado aqui como uma predicação que dá significação ao sujeito da frase da notícia.

A PSNot subdivide-se em duas categorias de análise: (a) Premissa Validadora (PVali), que é a proposição discursiva, que apresenta informações relativas ao espaço (região de referência da validação da notícia); tempo (recorte cronológico da notícia), período em que as empresas ou organização de saúde disseminam produtos e serviços; técnico-científico (força da validação do discurso da notícia); acometido (elemento apelativo e emocional de validação do discurso da notícia); (b) Premissa Sugestiva Conclusiva (PSCon) que é todo o processo comunicativo que culmina na intencionalidade da notícia, visando convencer o leitor a partir de sentidos afirmativos ou negativos daquilo que o autor pretende comunicar.

No que se refere à PSCon, afirmativas são proposições discursivas afirmativas ao se dar relevância às qualidades positivas ideológicas no discurso de que se pretende afirmar sobre a doença: a “esperança” no que se refere à prevenção, diagnóstico, controle, viver sem dor, e a cura. Quanto à PSCon negativas, dão-se relevância às qualidades negativas ideológicas no discurso que se pretende afirmar negativamente sobre a doença, diante de incertezas: o “medo” da doença, riscos, complicações e da morte, tal como estabelecido no mesmo estudo.

O último elemento que constitui o discurso noticioso em saúde é a Premissa Implícita (PImpli). Trata-se do elemento discursivo que esconde a intencionalidade da notícia. Nessa categoria de análise traz-se a intencionalidade da notícia que circula nas revistas no seu texto e nos seus enunciados.

Essa categoria presente no elemento discursivo nem sempre é explicitada de forma clara; mas é o elemento determinante da intencionalidade da notícia em saúde.

A análise do discurso noticioso sobre o diabetes

Analisando-se o primeiro elemento constitutivo do discurso noticioso em saúde, o qual se refere ao sentido da notícia sobre saúde envolvendo o diabetes, ou seja, o Sujeito da Frase da Notícia (SFNot), constatou-se que 185 (50,41%) das notícias foram classificadas como Premissa Totalizante Indireta (PTOTi); 130 (35,42%) como Premissa Totalizante Direta (PTOTd); e 52 (14,17%) como Premissa Particularizante (PTOTp).

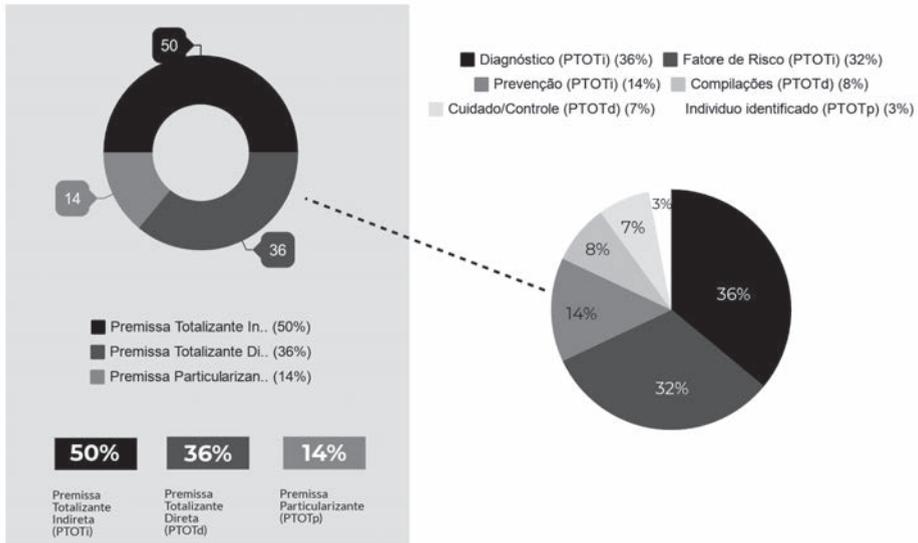
Das notícias classificadas como Premissa Totalizante Indireta (PTOTi), ou seja, notícias direcionadas ao público em geral, independente dos mesmos serem ou não portadores do diabetes; 132 (35,97%) das notícias abordaram o tema fatores de risco; 28 (7,63%) prevenção; e 25 (6,81%) diagnósticos.

Com relação à Premissa Totalizante Direta (PTOTd), sugere-se que a notícia é de interesse direto dos leitores portadores do diabetes, pois essas abordam temas como o controle e cuidado da doença 117 (31,88%), seguido de complicações 13 (3,54%).

A Figura 2, Resultados quantitativos do sujeito da frase da notícia, ilustra que à Premissa Particularizante (PTOTp), 52 (14,17%) apresenta o indivíduo acometido pela doença com o sujeito da frase da notícia; ou seja, uma experiência individual como um argumento que fortalece o discurso noticioso sobre a saúde.

Esses dados, então, permitem afirmar que as notícias analisadas, veiculadas nas revistas *ISTOÉ* e *Veja*, que abordam o diabetes, são direcionadas aos leitores portadores ou não do diabetes.

Figura 2 - Resultados quantitativos do sujeito da frase da notícia

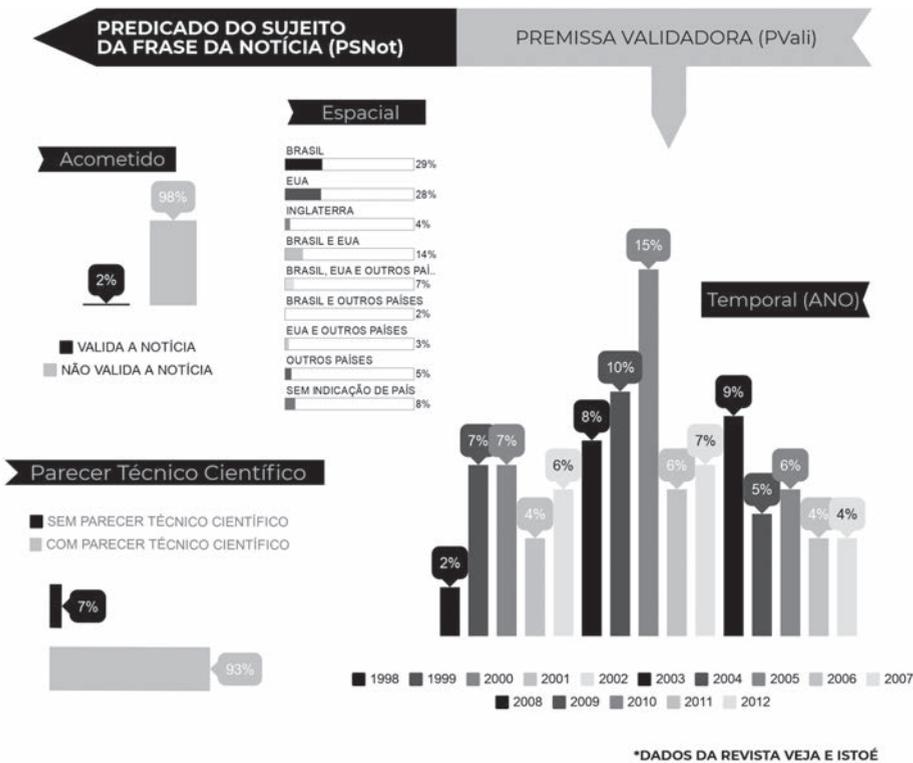


Fonte: Guimarães (2014).

O segundo elemento constitutivo do discurso noticioso em saúde, o Predicado do Sujeito da Frase Notícia (PSNot), que dá significado ao Sujeito da Frase da Notícia (SFNot), é constituído por premissas que validam esse discurso, sendo: Premissa Validadora (PVali) espacial, temporal, parecer técnico científico, acometido e premissas sugestivas afirmativa ou negativa, Conforme Figura 3.

Com relação à Premissa Validadora (PVali) Espacial, de acordo com os dados apurados, as notícias as quais se referem ao Brasil representam 105 (28,61%) do total, seguido dos Estados Unidos, com 104 (28,34%), e da Inglaterra, com 15 (4,09%). Destaca-se que na revista *ISTOÉ* o Brasil foi referência em 75 (35,05%) das notícias e os Estados Unidos em 55 (25,70%). Já na revista *Veja*, os Estados Unidos aparecem em 49 (32,03%) das notícias, seguido do Brasil, com 30 (19,61%) das notícias.

Figura 3 - Resultados quantitativos do predicado do sujeito da frase da notícia



Fonte: Guimarães (2014).

Um aspecto interessante refere-se ao fato de que o Brasil vem acompanhado de outros países nas notícias. Brasil e Estados Unidos 50 (13,62%); Brasil, Estados Unidos e outros países 24 (6,54%); Brasil e outros países 8 (2,18%). Um destaque é que o Brasil não é referência em 151 (41,14%) das notícias em geral. Apenas 29 (7,90%) das notícias analisadas não apresenta o país como validador da notícia.

A Premissa Validadora (PVali) temporal relaciona-se com o processo de divulgação da produção industrial. De acordo com o gráfico, os anos de 2003, 2004, 2005 e 2008 representam 41,69% das notícias coletadas nas revistas no período de 1998 a 2012. O destaque vai para o ano de 2005, com 36 (15,82%) notícias coletadas na revista *ISTOÉ* e 20 (13,07%) na revista *Veja*.

Na análise dos dados da Premissa Validadora (PVali) técnico científico, constatou-se que 340 (92,64%) tiveram o discurso noticioso validado por uma autoridade; apenas 27 (7,36%) das notícias não foram validadas. Do total das 340 notícias validadas, constatou-se que, na revista *ISTOÉ*, 203 das notícias validadas, 69 eram validadas por discursos de médicos, sendo que 60 notícias por médicos cuja especialidade foi identificada na notícia; 29 por gestores do setor público ou privado; 30 notícias apresentavam o nome do hospital; 59 identificavam o pesquisador como validador; 86 indicavam o nome de uma universidade; e uma notícia era validada por outra autoridade.

Com relação à revista *Veja*, do total das 137 notícias validadas, 70 foram validadas por um médico; 58 por médico cuja especialidade foi identificada na notícia; 19 por gestores do setor público ou privado; 31 notícias apresentavam nome do hospital; em 50 notícias apareciam o pesquisador validando; 73 indicavam o nome da universidade e 2 notícias foram validadas por outra autoridade.

Um aspecto a destacar refere-se à validação das notícias por uma universidade. Do total das 159 notícias válidas, 67 apresentaram universidades do estado de São Paulo na validação (42,14%) e 20 (12,58%) referiam-se à norte americana Harvard.

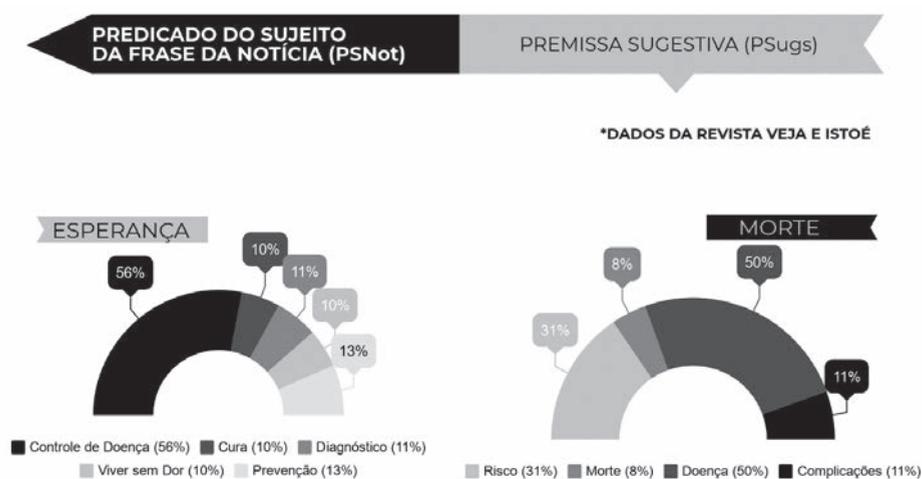
Quanto à Premissa Validadora (PVali) acometido, observa-se que 6 (1,63%) notícias foram validadas pelo acometido pela doença; dessas 3 (1,4%) da revista *ISTOÉ* e 3 (1,96%) da revista *Veja*. Em relação à última premissa que compõe o Predicado do Sujeito da Frase Notícia (PSNot), a premissa sugestiva, esta se divide em premissa sugestiva afirmativa e premissa sugestiva negativa. Essas proposições são sugestivas, pois são percepções no discurso noticioso de qualidades positivas e negativas.

Do total das 367 notícias analisadas, 175 (47,68%) apresentaram sentido positivo, ou seja, “esperança”, como fio condutor da notícia; e 192 (52,32%) negativas, onde o “medo” está presente no discurso noticioso.

O total de 175 notícias classificadas como Premissa Sugestiva Afirmativa, 98 (56,00%) se referiam ao controle da doença, sendo 62 (56,36%) proveniente da revista *ISTOÉ* e 35 (55,38%) da revista *Veja*; seguido por prevenção da doença 23 (13,14%), 12 (10,91%) revista *ISTOÉ* e 11 (16,92%) da revista *Veja*; diagnóstico 19 (10,86%), revista *ISTOÉ* 6 (5,45%) e *Veja* 13 (20,00%); cura 18 (10,29%), 14 (12,73%) da revista *ISTOÉ* e 4 (6,15%) da *Veja*; e viver sem dor 17 (9,71%), sendo 16 (14,55%) da revista *ISTOÉ* e 1 (1,54%) da revista *Veja*.

Na Figura 4, encontram-se resultados quantitativos do Predicado do sujeito da frase da notícia: premissa sugestiva. Apresenta as 192 notícias classificadas como Premissa sugestiva negativa, sendo: 96 (50%) referiam-se ao medo da doença. Na revista *ISTOÉ* 54 (51,92%) e 42 (30,43%) na revista *Veja*. Das 59 (30,73%) notícias que se referiam à incerteza que causa: a) o medo dos riscos da doença, 39 (27,88%) na revista *ISTOÉ* e 30 (21,74%) na *Veja*; b) 21 (10,94%) notícias foram relacionadas ao medo das complicações, 16 (15,38%) na *ISTOÉ* e 5 (3,63%) na *Veja*; c) por fim, 16 (8,33%) das notícias trouxeram o medo da morte, sendo 5 (4,81%) na revista *ISTOÉ* e 11 (7,97%) na revista *Veja*.

Figura 4 - Resultados quantitativos do predicado do sujeito da frase da notícia: premissa sugestiva



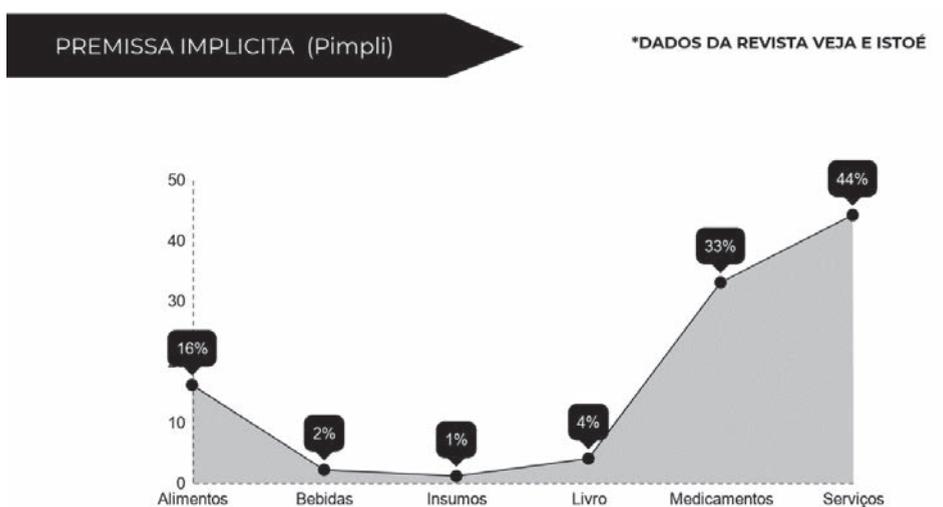
Fonte: Guimarães (2014).

Por fim, a Figura 5. Resultados quantitativos da premissa implícita, apresenta o terceiro elemento constitutivo do discurso noticioso em saúde, a Premissa Implícita (PIimpli). Das 367 notícias analisadas, 164 (44,69%) sugerem que a intencionalidade da revista foi disseminar informações de serviços em saúde disponíveis no mercado, ou a serem disponibilizados. Logo em seguida, as informações sobre medicamentos 121 (32,97%) disponíveis ou a serem lançados no mercado; 58 (15,80%) referentes ao mercado de alimentos; seguidos

por livros, com 13 (3,54%) notícias; bebidas 7 (1,91%); e por fim, o mercado de insumos com 4 (1,09%) notícias.

Assim, destaca-se que a análise desses dados separados por revista não mostrou nuances nas proporções aqui apresentadas, exceto o mercado de insumo que não foi refletido na revista *Veja*, sendo o mesmo identificado apenas na revista *ISTOÉ*, com 4 (1,87%) das notícias classificadas nesse tipo de mercado.

Figura 5 - Resultados quantitativos da premissa implícita



Fonte: Guimarães (2014).

O discurso noticioso como estratégia de disseminação de tecnologias de saúde

No contexto brasileiro, a dinâmica de uma economia de mercado que oferece bens e serviços para o consumo em saúde cresce a uma velocidade impactante, pondo em risco a sustentabilidade do sistema de saúde. A estratégia de publicação de notícias é utilizada para a disseminação de informações como mercadoria e como divulgação de inovações tecnológicas e serviços; fortalecem a manutenção ideológica dos pressupostos dessa economia centrada no modelo biomédico de atenção à saúde.

O estudo apresenta dois aspectos relevantes que envolvem: primeiro, a divulgação de produtos e serviços em saúde como uma estratégia para se criar necessidade de saúde; o segundo se refere às disseminação do modelo hegemônico de saúde e doença implícito nos sentidos das notícias, que se estabelece e se fortalece sob a lógica da incerteza, e que induzem ao medo e/ou à esperança.

Os elementos estruturantes das notícias, analisados a partir do modelo de análise são termos que carregam nas notícias proposições de significados, tendo em vista a intencionalidade do que se pretende informar ao público. Significar um termo implica interpretar o que a notícia pretende informar. A análise das notícias evidenciou uma forte carga de sentidos sobre o cuidado e riscos da doença; ora relacionada ao medo, ora à esperança, em decorrência de um contexto.

Essa assertiva dialoga com Thompson, quando este explicita que o fenômeno da ação responsiva, no contexto de vínculos e conteúdo da mensagem, a mídia não se preocupa apenas em descrever o mundo social, mas também se envolve ativamente na sua construção, de modo que, ao levar as imagens e informações para os indivíduos situados nos mais distantes contextos, não só modela e influencia o curso dos acontecimentos, como também cria acontecimentos que poderiam não ter existido em sua ausência, sendo que os envolvidos nestes acontecimentos podem estar conscientes do papel construtivo ou destrutivo da mídia. (THOMPSON, 2011)

Para Paim e Almeida-Filho e (2014), nas sociedades modernas, o reconhecimento da saúde como valor de uso, que a vida dá sentido, e a crítica do seu valor de troca, quando consumida e desgastada nos processos de produção e consumo, engendram uma nova práxis nessas sociedades.

Para esses autores, “[...] a carência e a necessidade são geradas a partir da rede de relações sociais”. (PAIM; ALMEIDA-FILHO, 2014, p. 33) Assim, tendo em vista que a notícia, esta, além de ser uma mercadoria, também dissemina implicitamente os jogos e interesses ideológicos, e utiliza estratégias de persuasão para convencer o leitor de novas necessidades de saúde e de consumo de serviços de saúde.

A mídia direciona-se para o convencimento, visando o equilíbrio e o consenso, de acordo com os objetivos relevantes para esse processo de dominação

e afirmação da representação social do Estado e do próprio mercado, que se legitimam através de dissimulações, simulações, recursos mágicos e afetos nada racionais; sentidos construídos na notícia.

O discurso noticioso apresenta-se como um instrumento de legitimação de uma estratégia de disseminação de tecnologias de saúde, ofertadas no mercado, gerando necessidades de saúde que fortalecem a hegemonia desse próprio mercado. Nesse caso, reforça-se o modelo biomédico de atenção à saúde, de concepção privatista e individualista, numa sociedade na qual as relações se pautam no modelo da economia de mercado. (PAIM, 2003)

Através de premissas sugestivas positivas e negativas se constitui o predicado do sujeito da frase notícia, aqui compreendido como estratégias de disseminação, informação que inclui o contexto da incerteza da sociedade contemporânea, podendo levar ao medo e a esperança.

A análise realizada a partir da Premissa Validadora (Pvali) – (a) Espacial (país, região de referência); (b) Temporal (recorte histórico e inovador na política de saúde e indicadores epidemiológicos); (c) Técnico científico (fortalece o discurso científico); e (d) do Acometido (fortalece o discurso como elemento apelativo, emocional) – possibilitou verificar a hegemonia espacial e técnico científica na produção da notícia.

Thompson (2011, p. 51) alerta que se deve abandonar a ideia de passividade dos expectadores na recepção de imagens similares como um processo sem problemas e acríticos. “Deve-se considerar que as atividades de recepção são complexas, em razão de que os produtos da mídia são recebidos pelos indivíduos, interpretados e por eles e incorporados em suas vidas”.

Trazendo a ideia desse autor para o contexto das matérias analisadas nas revistas, observa-se que o sentido do medo da doença, da dor e do sofrimento, leva o leitor à busca da informação sobre os riscos e os agravos da doença, como fatores de prevenção, e para o diabético, a esperança da cura, do controle da doença, e das complicações do diabetes que podem levá-lo à morte.

O referencial teórico possibilitou a construção de um modelo de análise proposto nesse estudo de análise das notícias. Evidenciou-se a importância da mídia impressa e as suas estratégias para a disseminação de tecnologias de saúde ofertadas no mercado, no intento de criar demandas e necessidades de saúde; e fortalecer a hegemonia do mercado e do modelo biomédico.

Considerações finais

Apesar da complexidade da análise de sentidos das notícias sobre o diabetes, foi possível evidenciar as estratégias utilizadas pela mídia impressa (revistas), e como essas contribuem para o convencimento de necessidades (ou criação de falsas necessidades) de consumo de produtos e de serviços para a prevenção e controle da doença.

A análise das notícias divulgadas na revista possibilitou a discussão de dois aspectos importantes que envolvem a divulgação de tecnologias em saúde como uma estratégia de induzir a necessidade de saúde, a partir dos sentidos que perpassam pelo medo e pela esperança.

Observou-se, nas notícias analisadas, uma tendência à valorização dos países, ditos, de primeiro mundo, das especialidades médicas, de pesquisadores, universidades, entre outros, como validadores das tecnologias e inovações, como parte das estratégias discursivas da mídia para o convencimento dos leitores ao consumo de tecnologias e de serviços de prevenção e cuidado do diabetes, evidenciando as hegemonias implícitas nos sentidos das notícias sobre saúde.

As estratégias discursivas da mídia envolvem o par medo/esperança que, antes de se oporem, se complementam. A partir do medo, promove-se dois tipos de consumos. Primeiro, o consumo da notícia como mercadoria informativa. Nessa perspectiva, o medo passa a ser uma estratégia de convencimento para o consumo de informação disseminada nas revistas que abordaram notícias sobre a saúde como ausência de doença. Tendo em vista que essa lógica de mercado centrada apenas no indivíduo, traduzida teoricamente como um modo de cuidado biomédico, elimina do seu propósito os determinantes sociais de saúde, que privilegiam os contextos de diferentes sujeitos e os fatores de reprodução social do processo saúde-doença. Segundo, o medo se traduz na oferta de serviços e tecnologias para garantir a saúde, como elemento comercial e político.

A mídia produz sentidos e difunde um modelo do cuidado centrado na perspectiva biomédica e sustentado por tecnologias medicamentosas, equipamentos, insumos e serviços para o diabetes. Dessa forma, estabelece-se um vínculo entre quem produz notícia e o leitor, com a intenção de convencer, mediante a prescrição de sentidos que se processam através de um “ato mental” (de interpretação), para, em outras palavras, “conquistar mentes e corações”, em busca do diálogo entre quem escreve e quem lê a notícia, numa relação de reciprocidade. Essas tecnologias fundamentam o discurso da esperança de que, através do

diagnóstico, do controle, obter o não agravamento da doença amenizar a dor e o sofrimento.

A esperança apresenta-se no discurso noticioso como sentido que leva o acometido à cura, com a intencionalidade de mobilizá-lo ao consumo de serviços, mediante o argumento de devolução de prazeres da vida cotidiana, impedidos pela necessidade de controle da doença, configurando-se, portanto, como uma possibilidade de afastar o medo.

A análise das notícias da revista evidencia também a necessidade de desenvolvimento de outras pesquisas que contribuam para a produção de conhecimentos sobre os modos como as mídias atuam na sociedade, fortalecendo ou fragilizando políticas de saúde, influenciando gestores, profissionais de saúde e mesmo usuários dos serviços, na incorporação de tecnologias de saúde, mais ou menos eficientes, em suas práticas cotidianas, seja no SUS ou no sistema privado de saúde.

Referências

- ARAGÃO, E. S.; LOUREIRO, S.; TEMPORÃO, J. G. Trajetórias tecnológicas na indústria farmacêutica: desafios para equidade no Brasil. In: PAIM, J.; ALMEIDA FILHO, N. *Saúde coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: MedBook, 2014.
- BARBOSA, M. C. B. *Os primórdios do design gráfico moderno em editoração no Brasil. Klaxon & Base: duas revistas, dois exemplos no modernismo*. 1996. 208 f. Dissertação (Mestrado em Processos Comunicacionais) – Escola de Comunicação, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1996.
- BARONAS, R. L. *Efeito de sentido de pertencimento à análise de discurso*. In: SEMINÁRIO DE ESTUDOS EM ANÁLISE DO DISCURSO, 2., 2005. Porto Alegre. *Anais...* Porto Alegre: UFRGS, 2005. p. 1-14. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/analisedodiscurso/anaisdosead/2SEAD/SIMPOSIOS/RobertoLeiseraronas.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2016.
- CASCAIS, A. F. Notas de apresentação. In: FOUCAULT, M. *A arqueologia do saber*. Coimbra: Almedina, 2005. p. 7-26.
- COPI, I. M. *Introdução à lógica*. 3. ed. São Paulo: Mestre Jou, 1981.
- GRANGEIRO, C. R. P. *A propósito do conceito de formação discursiva em Michel Foucault e Michel Pêcheux*. In: SEMINÁRIO DE ESTUDOS EM ANÁLISE

DO DISCURSO, 2., 2005. Porto Alegre. *Anais...* Porto Alegre: UFRGS, 2005. Disponível em: <<http://anaisdosead.com.br/2SEAD/SIMPOSIOS/ClaudiaRejanePinheiroGrangeiro.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2016.

HELLER, A. *Teoría de las necesidades em Marx*. Barcelona: Península, 1986.

FONSECA-SILVA, M. C. *O sentido como efeito de e bases simbólicas de significação*. In: SEMINÁRIO DE ESTUDOS EM ANÁLISE DO DISCURSO, 2., 2005.

Porto Alegre. *Anais...* Porto Alegre: UFRGS, 2005. p. 1-4. Disponível em: <<http://anaisdosead.com.br/2SEAD/SIMPOSIOS/MariaDaConceicaoFonsecaSilva.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2016.

FOUCAULT, M. *A arqueologia do saber*. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

GENRO FILHO, A. *O segredo da pirâmide: para uma teoria marxista do jornalismo*. Porto Alegre, 1989.

GUIMARÃES, J. M. M. *Paradigmas e trajetórias tecnológicas em saúde: mídia, acesso e cuidado do diabetes*. 2014. 170 p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.

LOZANO RENDÓN, J. C. *La técnica del análisis de contenido en la investigación de la comunicacion de masa*. São Bernardo do Campo, 1997. Apostila desenvolvida para a Cátedra Unesco de Comunicação para o Desenvolvimento Regional.

MACIEL, P. *Jornalismo de televisão*. Porto Alegre: Sagra-DC Luzzato, 1995.

MORAES, A. Ler jornais: reflexões sobre a significação da página. *Estudos em Design – Design Articles*, Rio de Janeiro, v. V/VI, n. 2, 1998.

PAIM, J. S. *As ambiguidades da noção de necessidade de saúde*. Salvador: FCM, 1980. p. 39-46.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. de. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas. *Revista de Saúde Pública*, v. 32, n. 4, p. 299-316, 1998.

PAIM, J. S. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia e Saúde*. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p. 567-586.

RICOEUR, P. *Teoria da interpretação: o discurso e o excesso de significação*. Lisboa: Edições 70, 1999.

SANTOS, M. L. R. *Epidemia, narratividade e produção de sentidos na mídia impressa - o caso do benzenismo no COPEC, 1990-1991*. 2001. 338 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2001.

SCALZO, M. *Jornalismo de revista*. São Paulo: Contexto, 2004.

TEMPORÃO, J. G. *A propagação de medicamentos e o mito da saúde*. 1984. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1984.

THOMPSON, J. B. *A mídia e a modernidade: uma teoria social da mídia*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

A netnografia em comunidades virtuais como possibilidade de campo de pesquisa em Saúde Coletiva

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

Introdução

Este capítulo visa discutir os conceitos inseridos no método netnográfico, bem como algumas estratégias utilizadas para a produção de dados na internet. A netnografia, concebida por alguns estudiosos como uma etnografia *on-line*, tem como campo de pesquisa os *sites*, *blogs*, comunidades virtuais, enfim a cultura digital, com interesse na interatividade dos participantes, nos discursos e conteúdos produzidos e nas formações das conexões da rede social. Numa busca nas interfaces de pesquisa, constatou-se a diversidade de grupos formados a partir de interesses específicos, dentre os quais os temas relacionados à saúde.

A Comunicação Mediada por Computador (CMC) se constitui a partir de redes sociais que interligam os membros das comunidades virtuais. De acordo com Sobreira (2013), o conceito de rede social, originário das ciências sociais, ressignificou as relações sociais com mediação do computador interligado à internet. Isso define uma dinâmica de comunicação caracterizada pelo livre compartilhamento de informações e opiniões e pela intensa interação entre pessoas e grupos de pessoas. Esse modelo estabelece redes colaborativas, que

ultrapassam os limites impostos pelo tempo, pelo espaço e por instituições tradicionalmente envolvidas nos processos de produção e circulação de sentidos.

Nesse sentido, as conexões mantêm as pessoas interagindo em rede, constituindo novas relações sociais, novas práticas comunicacionais e culturais no mundo contemporâneo. Define-se rede social, de acordo com Recuero (2006), como um conjunto de dois elementos: atores (pessoas, instituições ou grupos; os nós da rede) e suas conexões (interações ou laços sociais).

Embora sem a pretensão de aprofundar neste capítulo, apesar da existência de distintas conceituações para o termo netnografia, os estudos etnográficos tradicionalmente se realizam imersos em comunidades tradicionais ou urbanas, nas quais o tempo, espaço e pessoas estão imbricados numa relação cotidiana. Portanto, a netnografia reconfigura espaço-tempo-participante de uma comunidade mediada pelas tecnologias de informação e comunicação, podendo se tornar uma extensão dessas relações face a face.

As comunicações *on-line* interativas expressam significados e artefatos culturais distintos, mas as representações dos mundos *on-line* e *off-line* se imbricam. Uma pessoa ao fazer um *self* no mundo *off-line* e compartilhar nas redes *on-line* está buscando estender relações face a face através das tecnologias digitais.

Kozinets (2014), um dos defensores da netnografia, compreende a força do fenômeno das interatividades na internet e reconhece as dificuldades de generalizações da pesquisa para grupos fora da amostra pesquisada.

Entretanto, Hine (2015) corrobora a relevância da etnografia *on-line* ao considerar o uso de termos como *on-line*, virtual ou net irrelevante. Para autora, o método etnográfico pode ser utilizado para o estudo desse espaço de interações sociais, visto que a internet permeia nosso cotidiano. Contudo, ressalta-se que é crescente a dificuldade de distinguir os estudos que utilizam a etnografia em espaços *on-line*, pois “[...] usar um termo específico para a etnografia envolvendo a internet é particularmente inútil, pois promove um afastamento dos princípios metodológicos mais gerais da etnografia”. (HINE, 2015, p. 170)

Mediante leitura de artigos publicados nos últimos três anos, nas bases de dados Medline, Scielo e Lilacs, constatou-se o uso da netnografia em pesquisa em saúde, em diversos países como o Brasil, Estados Unidos, Reino Unido, Turquia, Rússia, Índia, Japão, Romênia, China e Austrália. Além disso, verificou-se a diversificação dos objetos de estudos, evidenciando o seu uso como estratégia metodológica em estudos de diferentes culturas.

Estudo etnográfico realizado com 58 blogs de pessoas que organizaram campanhas para realizar tratamento de saúde na China demonstra que as redes sociais virtuais permitem às pessoas se organizarem para acesso aos tratamentos não convencionais no Brasil, ofertados por indústrias estrangeiras de biotecnologia para realizar terapias celulares experimentais. Segundo os autores, a principal motivação para a mobilização de recursos e pessoas para acesso ao tratamento com células-tronco, por exemplo, sem a devida evidência de sua efetividade, é a “esperança” pela cura, estratégia de convencimento utilizada pelas indústrias na divulgação de inovação em saúde. (MONSOIRES et al., 2016)

Na Austrália, um estudo etno/netnografia, no campo da enfermagem, apresenta a relevância da pesquisa em comunidades virtuais em saúde. Geralmente essas se formam a partir de interesse comum, a exemplo de uma determinada doença. Essas comunidades podem proporcionar benefícios aos seus participantes referentes às práticas do cuidado, que ocorrem através da interatividade. Esta é viabilizada através de dispositivos virtuais que permitem aos membros relatar experiências, esclarecer dúvidas, compartilhar informações, podendo ser mediadas ou não por profissionais de enfermagem. (WITNEY; HENDRICKS; COPE, 2016)

Na Inglaterra, Kendal e colaboradores (2016) publicaram um artigo como resultado do estudo netnográfico em fóruns de discussão *on-line* com jovens que sofrem de transtorno alimentar. Esta pesquisa constatou a relutância desses a procurar apoio do profissional de saúde, mas sua preferência por acessar as mídias e fóruns de discussão *on-line* em busca de informação, aconselhamento ou apoio.

Esses estudos se inserem no contexto da “sociedade em rede”, em que a informação é a sua matéria-prima. A relação simbiótica entre a tecnologia e a informação impactou também na saúde, desde quando a expansão das tecnologias beneficia quem busca por informações sobre as doenças, diagnóstico e tratamento, além de acesso aos serviços de saúde disponíveis no mercado.

Diante disso, a cibercultura e o ciberespaço tornam-se conceitos cruciais para o entendimento das comunidades virtuais quanto aos enlaces sociais, às trocas simbólicas, contribuindo para evidenciar as motivações, a estrutura e natureza específica da agregação; os papéis dos membros; as formas de estabelecimento dos laços e as formas de participação, entre outros aspectos.

Segundo Lévy (1999), o ciberespaço especifica não apenas a infraestrutura material da comunicação digital, mas também o universo oceânico de informação que ela abriga, assim como os seres humanos que navegam e alimentam esse universo. Quanto à cibercultura, ele especifica como o conjunto de técnicas (materiais e intelectuais), de práticas, de atitudes, de modos de pensamento e de valores que se desenvolvem juntamente com o crescimento do ciberespaço.

Por sua vez, as Tecnologias da Informação e da Comunicação (TIC) contribuem para agregar a aquisição, produção, armazenamento, processamento e transmissão de dados, convergindo imagem, vídeo, texto ou áudio para as redes que utilizam a internet. Também permitem o desenvolvimento de uma série de novas formas de relações sociais e de comunicação, características da sociedade em rede.

Assim, torna-se relevante aprofundar os conceitos implicados em estudos de comunidades *on-line*, para propor a abordagem metodológica do estudo no campo da saúde coletiva, sobre uma comunidade fechada no Facebook, a partir da netnografia, focalizando a forma como os membros interagem e produzem significados nos discursos sobre o adoecimento.

A etnografia em comunidades *on-line*: aspecto conceitual

Ao problematizar a dicotomia estabelecida entre a interação *on-line* (virtual) e *off-line* (face a face) verifica-se que ambos os processos reconfiguram as realidades em que os sujeitos se relacionam. As pessoas que compartilham mensagens ou interagem no ciberespaço, mediados por tecnologia, reconfiguram o tempo, espaço e o modo de manter os vínculos sociais e interpessoais; também interagem no cotidiano face a face.

As interações sociais na internet, de acordo com Hine (2000, p. 63-65), são indissociáveis dos contextos onde essas ocorrem, portanto, “[...] o objeto da investigação etnográfica pode ser remodelado ao nos concentrarmos sobre o fluxo e a conectividade em vez da localização e fronteira como princípio de organização”.

A partir dessa concepção, neste capítulo assume-se a netnografia como sinônimo de etnografia *on-line*, vislumbrando não criar outra dicotomia entre o “real” e o “virtual”, mas reconhecendo outras realidades além dos contatos face a face, como parte do mundo social na cultura contemporânea.

Concebem-se as interações *on-line* como extensão da *off-line* pelo motivo de que os discursos produzidos no ciberespaço (*site* de relacionamento, *blog* ou *chat*) remetem a sentidos desses universos *on-line* e *off-line*. Essa dicotomia, primeiramente nega um mundo que já faz parte da vida das pessoas com acesso às redes de internet. Depois, hierarquiza a noção desses espaços que se configuram como “real”, implicados e, muitas vezes, reinventados e interligados.

Levy (1996, p. 16) problematiza a oposição entre o real e o virtual. Segundo o autor, o virtual deve ser considerado como algo que existe em potência, complexo e problemático. Compreende a existência de um “[...] nó de tendências ou de forças que acompanha uma situação, um acontecimento, um objeto ou uma entidade qualquer, e que chama um processo de resolução, a atualização”.

Os estudos culturais têm nas novas mídias, as possibilidades de investigação das formas de vivências coletivas face a face no espaço, a partir das vivências coletivas *on-line* no ciberespaço. As comunidades que se organizam para discutir a temática do suicídio, por exemplo, estabelecem normas e regras de convivência neste espaço, apesar de compartilharem estratégias de suicídio. Então, questiona-se: essas estratégias compartilhadas sobre o suicídio repercutem na vida cotidiana?

Para Levy (1996, p. 21), quando se virtualiza um ato, uma informação, as pessoas e coletividades se tornam “não-presentes” e se desterritorializam, ou seja, “[...] os separa do espaço físico ou geográfico ordinários e da temporalidade do relógio e do calendário”.

Essa afirmação pode nos remeter à existência de uma fragmentação da realidade, mas o autor esclarece ao asseverar: “[...] é verdade que não são totalmente independentes do espaço-tempo de referência, uma vez que devem sempre se inserir em suportes físicos e se atualizar aqui ou alhures, agora ou mais tarde”. (LÉVY, 1996, p. 21) Assim, o sujeito constrói as suas referências no tempo e no espaço.

A velocidade dos acontecimentos limita os espaços das ações dos sujeitos em todos os aspectos de suas vidas. Algo que se esclarece com Lévy (1996, p. 22) ao afirmar que cada forma de vida inventa seu mundo, junto com este um espaço e um tempo específicos, pois “[...] o universo cultural próprio aos seres humanos estende ainda mais essa variabilidade dos espaços e das temporalidades”.

Nesse sentido, a etnografia corrobora a ideia de construção do sentido de uma determinada realidade cultural que se apresenta. Para Geertz (1973, p. 15) o conceito de cultura é essencialmente semiótico, pois acredita que “[...] o homem

é um animal amarrado a teias de significados que ele mesmo teceu” e assume a cultura como sendo essas teias e sua análise, portanto, “[...] como uma ciência interpretativa, à procura do significado”.

Para Hine (2000), a internet não se configura como um espaço independente do campo de pesquisa, pois muitas questões de pesquisa implicam explorar dinâmicas culturais que extrapolam o espaço on-line, e alcançam outras extensões culturais nas quais aquelas atividades *on-line* estão permeadas e adquirem significância. No caso do pesquisador em seu campo de estudo, por um tempo determinado, a internet se constitui como um recorte do mundo das relações mantidas entre os participantes da interatividade.

Nesse sentido, o espaço/tempo e o espaço/ciberespaço não se sobrepõem, mas se estendem, pois se complementam. É, portanto um equívoco isolar essas dimensões, relações virtuais e cotidianas, já que as novas práticas culturais têm na interatividade possibilidades de estabelecer vínculos através das redes em sites de relacionamentos que podem se estender para relações face a face.

Em sua obra pública em 2015, *Ethnography for the internet*, Christine Hine compreende a internet como um fenômeno permeado, incorporado e cotidiano, expressando-se em três “Es”: *embedded*, *embodied* e *everyday*.

O Quadro 1 facilita a compreensão da proposta da autora.

Quadro 1 - Etnografia on-line de Hine¹

Três “es”	Fenômeno	Etnografia
A internet permeada/ embebida	Enfatiza que as conexões múltiplas e imprecisas ao relacionar os campos <i>on-line</i> e <i>off-line</i> , pois “[...] as diversas estruturas de produção de significado que usamos para construir sentido do que acontece on-line, com frequência nos levam a noções de campo móveis, conectivas e multiespaciais”. (HINE, 2015, p. 170)	Destaca a responsabilidade que o pesquisador de campo assume ao delinear seu objeto específico de estudo, escolhendo estudar alguns aspectos da internet de modo mais incorporado do que outros.

1 Entrevista com Christine Hine publicada na *Revista Matriz* sob a coordenação de Bruno Campanella, do Programa de Pós-Graduação em Comunicação Universidade Federal Fluminense.

Três “es”	Fenômeno	Etnografia
A internet incorporada	Enfatiza que utilizamos a internet como seres socialmente situados, sujeitos a várias limitações de nossas ações, e reagindo com emoções, conforme forjamos uma perspectiva individualizada sobre a internet, a partir dos links específicos que seguimos e sites que encontramos”. (HINE, 2015, p. 171)	A internet estimula as abordagens reflexivas e autoetnográficas concentradas sobre o sentimento de navegar na variedade de experiência nas diferentes mídias; e evidencia em que medida a experiência do etnógrafo pode esclarecer aspectos tácitos da experiência daqueles que permite se estudar.
Cotidianidade da internet	A cotidianidade reforça a tendência da internet e das plataformas individuais <i>on-line</i> como parte da infraestrutura, permitindo com que se promova discussões de temas específicos do cotidiano. (HINE, 2015)	O etnógrafo pode assumir uma perspectiva crítica, quando percebe a internet como parte do cotidiano e como espaço de produção de discurso. Discutir a internet no cotidiano implica reconhecer os sujeitos que a aborda, para quem e qual o seu objetivo nessa discussão.

Fonte: adaptado de Hine (2015).

A base teórico-metodológica de etnografia na internet de Hine (2015) requer criatividade e sensibilidade na investigação para detalhar os modos pelos quais as interações *on-line* produzem sentidos nas comunidades.

No ciberespaço, a produção de discursos é carregada de sentidos que se materializam nos processos interativos dos sujeitos que compartilham mídias retratando o seu cotidiano. Com isso, demarcam um campo de significação da realidade *off-line* com repercussão na comunidade *on-line* que se afiliam. Esses sentidos possibilitam a realização de etnografia *on-line*, que poderá explorar o universo dos participantes que se conectam em rede virtuais e dinamizam o fluxo de informação, ampliando a possibilidade de combinação dos contextos relacionais *on-line* e *off-line*.

As relações comunitárias, nesse ambiente, ganham novas significações e sentidos. Na etnografia *on-line*, a produção de sentidos é parte daquilo que as pessoas vivem no cotidiano. Através das conectividades virtuais e do fluxo de informação são ampliados pelos compartilhamentos na comunidade pela qual se afiliam.

Etnografia e comunidade

O termo “comunidade”, segundo Recuero (2001), resultou de uma construção sociológica que evoluiu a partir das pesquisas de Tönies (1995), Weber (1987) e Bottomore (1989). Para Tönies (1979, p. 65), “[...] comunidade significa “vida real e orgânica”, fundamentada nas disposições gregárias estimuladas pelos laços de consanguinidade e afinidade, inclinada para um campo emocional recíproco, comum e unitária”.

Já para Max Weber (1987 apud RECUERO, 2011), a comunidade baseia-se na orientação da ação social e se funda em qualquer tipo de ligação emocional, afetiva ou tradicional. O autor relaciona comunidade a uma relação social entre os participantes decorrente da ação social baseada no sentido de solidariedade, provenientes de ligações emocionais ou tradicionais.

Outra perspectiva é apresentada por Bottomore (1996 apud RECUERO, 2001), ao compreender que a comunidade, geralmente indica um grupo de pessoas dentro de uma área geográfica limitada, que interagem dentro de instituições comuns e que compartilham um senso de interdependência e integração.

Quando se trata de comunidade virtual, Rheingold (1993) a define como agregados sociais que surgem da rede de internet, a partir de sujeitos que discutem publicamente, num determinado tempo, e formam redes de relações pessoais no espaço cibernético.

Uma comunidade *on-line* se cria e se desenvolve em torno de propósitos específicos. Os sujeitos se agrupam para interagirem de acordo com seus interesses. Para isso, a comunidade precisa ser reconhecida, apoiada, para garantir o compartilhamento de informações em rede.

Para Kollock e Smith (1999), as comunidades virtuais são comunidades simbólicas. Os seus membros estão conectados primariamente pelas trocas simbólicas, mais do que pela interação face a face.

Essa sinalização de Kollock e Smith (1999) contribui para a compreensão das comunidades virtuais como lugar de produção de sentidos, e também de extensão de vivências resultantes das relações face a face que se repercutem numa rede virtual. Com isso, sugere-se que a dicotomia realidade virtual versus realidade física não convém. Assim, o processo comunicacional é uma ponte das práticas sociais, que liga os sujeitos e possibilita a disseminação dos discursos produzidos, resultantes da interatividade no curso das relações sociais e simbólicas.

Netnografia: aspecto ético-metodológico

A utilização de comunicações mediadas por computador como fonte de dados para a compreensão e a representação etnográfica de um fenômeno cultural na internet, tem sido a fonte de pesquisa nos fóruns, grupos, blogs, sites de redes sociais e nas comunidades. (KOZINETS, 2014)

A netnografia é um dos métodos qualitativos que amplia o leque epistemológico dos estudos em comunicação e cibercultura. Ela dialoga com áreas da antropologia e comunicação, vislumbra uma aproximação teórico-metodológica, destacando-se as análises quantitativas e estatísticas, análise de discurso, análise de conteúdo, análise de redes sociais em comunidades *on-line*. (AMARAL; NATAL; VIANA, 2008)

De acordo com Kozinets (1998), a netnografia pode ser utilizada como metodologia para estudar a cibercultura e as comunidades virtuais puras, derivadas; e como ferramenta exploratória para estudar diversos assuntos, dentre eles a saúde. Essa compreensão amplia o campo de pesquisa que toma a interatividade em comunidades para desvendar sentidos dados às suas relações sociais.

As comunidades virtuais puras, para o autor, são aquelas cujas relações sociais ocorrem somente nas comunicações mediadas pelo computador. Todavia, as comunidades derivadas são aquelas que se manifestam na relação face a face, podendo ser uma ferramenta atuando em conjunto com entrevistas presenciais ou por telefone e grupos de discussão. A participação direta e total imersão do pesquisador nessas culturas devem ser base fundamental nesses estudos. (KOZINETS, 1998)

Kozinets (1998, p. 9) define quatro critérios de confiabilidade para a escolha de seus informantes e grupos estudados. Para isso, os indivíduos devem estar familiarizados entre eles, estabelecendo comunicações especificamente identificadas e não anônimas. Além disso, os grupos devem possuir linguagens, símbolos e normas específicas, de modo que o comportamento e a manutenção do enquadramento das fronteiras de dentro e de fora do grupo estejam bastante explícitas no contexto das relações sociais.

Nesse sentido, é fundamental tomar a ética em pesquisa como condição fundamental e necessária na escolha do método de produção de dados.

A ética na netnografia

O desafio ético é fazer uma etnografia *on-line* preservando a identidade e percebendo os limites do público e privado na interatividade. Trata-se de sujeitos que narram a suas experiências pessoais para os seus pares, confiando no sigilo de seus relatos que envolvem centenas ou milhares de pessoas afiliadas à comunidade.

O Conselho Nacional de Pesquisa em Saúde, através da Resolução nº 466/2012, estabelece que os achados da pesquisa – fatos ou informações encontradas pelo pesquisador no decorrer da pesquisa, e que sejam considerados de relevância para os participantes ou comunidades participantes, devem ter o assentimento livre e esclarecido do participante. Além disso, para a obtenção de sua anuência, devem ser esclarecidos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa lhes acarretar, na medida de sua compreensão e respeitados em suas singularidades. (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012)

Navegar no território *on-line* implica respeitar as diferentes posições dos participantes. Hine (2015) sugere um comportamento de discrição, o qual permita que os participantes se autoneiem ao invés de o pesquisador lhe propor os nomes por conta própria. Além disso, para acessar o que as pessoas entrevistadas dizem sobre suas próprias práticas de postagem e do uso do material arquivado, deve-se entrar em contato com os autores para solicitar permissão para citá-los no trabalho de pesquisa.

Frente aos avanços das tecnologias da informação e da comunicação ocorridos nas últimas décadas e aos métodos de produção dados na internet, aspectos éticos têm se tornado bastante discutidos, considerando que a pesquisa com seres humanos deve preservar o sigilo das informações e o não constrangimento do informante da pesquisa.

Assim, a ética em pesquisa em espaço virtual, deve considerar que a fusão do tempo real e o tempo virtual promove mudanças nas formas de constituição dos laços interpessoais, com maiores possibilidades destes se dissolverem pelas relações fluídas. Entretanto, embora as postagens possam parecer públicas, elas são narrativas que pertencem a sujeitos e seu uso em pesquisa deve considerar os aspectos éticos.

A netnografia pressupõe, portanto, o respeito do pesquisador na garantia do anonimato da pesquisa. As diferenças entre a etnografia face a face e a

“netnografia”, de acordo com Kozinets (2002), estão na necessidade de submissão do pesquisador a dois protocolos básicos: ter consciência do conceito de público e privado e respeitar estes limites. Assim, o consentimento para a pesquisa pressupõe confiabilidade e anonimato aos indivíduos pesquisados e o retorno para a comunidade.

Um princípio básico da ética na pesquisa etnográfica é a garantia de não expor o sujeito participante da pesquisa. Isso também se estende aos direitos de personagens virtuais numa investigação em etnografia virtual conduzida em um ambiente virtual. (HINE, 2015)

Em pesquisas netnográficas, de acordo com Kozinets (2014), há quatro passos importantes que atendem às questões éticas: a) identificar-se e informar os constituintes relevantes sobre a pesquisa; b) pedir permissões apropriadas; c) obter consentimento quando necessário; d) citar e dar o devido crédito aos membros. O autor também salienta que é importante criar uma página web de pesquisa, com sua identificação e com uma explicação detalhada sobre o estudo e a sua finalidade.

O método netnográfico

As formas de interação social e comunidades a serem investigadas através de mecanismos de busca que se associa ao reconhecimento do campo e da forma como o pesquisador se apresentará ao grupo pesquisado. Kozinets orienta que, em geral, deve-se dar preferência a comunidades relevantes, ativas, interativas, substanciais, heterogêneas e ricas em dados.

No primeiro contato com uma comunidade *on-line*, o pesquisador netnógrafo deve atentar-se para o procedimento de entrada ou *entrée cultural*. Para isso, a escolhas de questões e temas, a formulação da pergunta de pesquisa e a identificação da comunidade *on-line* ou grupo a ser pesquisado são pressupostos básicos para a preparação do trabalho de campo. (KOZINETTS, 2014, p. 94-95)

Produção de dados

A produção e análise de dados não acontece de modo separado, pois se constitui a partir de três tipos de capturas: *dados arquivais*, *dados extraídos* e *dados de notas de campo em comunicações mediadas por computador*. Essas formas são apresentadas no quadro que segue, de acordo com Kozinets (2014, p. 93).

Quadro 2 - Processo de produção de dados

A coleta de dados de dados arquivais	Consiste em copiar da página, blog, site da comunidade ou grupo observado, assim como fotografias, trabalhos de arte e arquivos de som, dados cuja criação e estimulação o pesquisador não esteja diretamente envolvido.
A coleta dados extraídos	Refere-se àqueles em que o pesquisador cria por meio da interação com os membros, através de levantamentos por meio de entrevistas por correio eletrônico, bate-papo, mensagens instantâneas etc.
A coleta dados de notas de campo em comunicações mediadas por computador	Refere-se às notas de campo vivenciadas pelo pesquisador, sobre as práticas comunicacionais dos membros das comunidades, suas interações, bem como a própria participação e o senso de afiliação do pesquisador etc.

Fonte: adaptado de Kozinets (2014, p. 93).

Para Kozinets (2014) a produção de dados implica envolvimento, engajamento, contato, interação, comunhão, relação, colaboração e conexão com membros da comunidade. Sugere que o envolvimento participativo pode indicar uma das etapas de participação netnográfica, de modo que permita observar diferentes tipos de dados que serão produzidos.

No campo de estudo etnográfico em ambientes virtuais, os participantes de comunidades, fórum de discussão, conversas *on-line*, entre outros, compartilham a sua história pessoal, espalham boatos e relatam história. A forma de produção de dados vai depender da quantidade e qualidade do material. A netnografia tem centralidade na comunicação entre os membros da comunidade ou cultura em estudo.

Destaca-se também a técnica da entrevista *on-line*, que requer um investimento considerável de tempo. Nas entrevistas, as comunicações culturais serão moldadas pelo meio que usam, assim como adaptadas a determinados grupos pela tecnologia *on-line*.

As notas de campo no estudo etnográfico servem para indicar a trajetória de inscrição da experiência de participação do pesquisador, embora na netnografia isso ocorra de modo diferente, devido à natureza do site e da interação entre os sujeitos da comunidade.

O acesso não é simples e direto, mas o que é tratado como “dado” ou “resultado” é inseparável do processo de observação. Nesse sentido, a manutenção de notas de campo permite registrar fatos importantes que ocorreram fora do âmbito do texto *on-line*. Através destas notas, o netnógrafo registra suas próprias

observações sobre os subtextos, pretextos, contingências, condições e emoções pessoais que ocorre no tempo *on-line* e se relaciona à sua experiência *on-line*. (KOZINETS, 2014)

Outro ponto refere-se à análise dos dados, que depende da estrutura dos discursos provenientes da interatividade na comunidade pesquisada.

Exploratório: saúde na internet

A realização de um estudo exploratório – pré-campo – permitiu compreender que, apesar da complexidade do método, é possível elaborar um desenho metodológico de temas relacionados às temáticas de saúde, desde que esse desenho considere as especificidades desse ambiente.

A observação netnográfica dá acesso a um conjunto de dados oriundos de diversos arquivos de texto e gráficos, capturas de tela, transcrições de entrevistas *on-line*, e notas reflexivas do trabalho de campo. A interpretação desses dados faz referência à classificação, análise segundo as categorias teóricas pertinentes aos dados coletados. (KOZINETS, 2014)

Nas etapas de seleção, coleta, produção e análise de dados do processo netnográfico, vários tipos de ferramentas e interfaces comunicacionais podem ser utilizados (Google, Facebook, Twitter etc.), assim como software de análise dos dados qualitativos, tais como o Atlas.ti e o Nvivo, entre outros. Portanto, “Tais dados devem incluir textos, elementos gráficos, fotografias, arquivos de som e músicas, vídeos e quaisquer outros tipos de informações não numéricas”. (KOZINETS, 2014, p. 120)

Notas de campo: discursos sobre a experiência de adoecimento da depressão numa comunidade fechada do Facebook

Para melhor compreender o uso da netnografia na análise do discurso em uma comunidade fechada no Facebook, optou-se por fazer um pré-campo. Esse tipo de comunidade apresenta particularidades tais como: o acesso é restrito; geralmente abordam temas de interesse específico; exige identificação que não oculte a identidade real; estabelece normas de interatividade.

A escolha da comunidade ocorre a partir do seu perfil, das regras determinadas para aceitar a afiliação e o número de participantes. Dentre essas regras

e pessoas sem identidade *fakes*² já se torna uma exigência, para que a identidade seja real de modo que se pudesse garantir a autenticidade dos atores que compartilham experiências de adoecimento da depressão.

Os participantes da comunidade são sujeitos que interagem entre si, a partir de objetivos diferenciados em torno da depressão. Uns têm o objetivo amenizar o seu sofrimento, ou o do outro, a partir de suas experiências. Outros buscam informações diversificadas sobre a depressão. Há ainda sujeitos observadores e curiosos que, assistem aos diálogos sem intervir. Nesse contexto, constata-se o interesse em torno de amenizar o sofrimento do outro, que pode ser compreendido como uma “dor” que se configura em vários sentidos.

Geralmente, um sujeito compartilha seu sofrimento inserindo-se numa discussão já iniciada por outros, e passa a nortear a discussão sobre o tema, que naquele momento – tempo não linear, o aflige. Nota-se que há um percurso lógico no fluxo comunicacional. Após o relato, os sujeitos que constituem a comunidade interagem inicialmente comentando a postagem. Depois, a partir de suas experiências, aconselham ao sujeito que naquele momento narrou seu sofrimento. Nesse aconselhamento, na busca de amenizar o sofrimento do outro, emergem relatos de sua própria experiência de vida. Evidencia-se assim, a interatividade dos sujeitos envolvidos nos discursos, considerando que a mesma ocorre de forma descentralizada, onde todos são sujeitos protagonistas dessa produção.

Nesse contexto, os vínculos são estabelecidos na comunidade virtual a partir da compreensão de que o espaço e tempo se reconfigura a partir de um novo fato que emerge no diálogo. Isso pode apontar para uma configuração da estrutura das interações a partir dos temas constantes nos relatos.

A partir das interações, constataram-se aproximações a concepções que compreendem o estudo da depressão como emoção. Os relatos nos momentos de crise eram acolhidos com orientação para o enfrentamento dos sintomas e reações da doença, cujo discurso leva à “esperança” de superar a doença, sendo a emoção refletida nas postagens.

O estado emocional e o sentido do sofrimento reagem no corpo de quem sofre. Por isso, a “depressão” é entendida como “emoção” e permite compreender

2 *Fake* é um termo usado para denominar contas ou perfis usados na internet para ocultar a identidade real de um usuário.

o sentido dado por aquele que a vivência. Lutz (1985) considera que as emoções que nós sentimos são universais, e então, em qualquer sociedade estas estão presentes. Entretanto, as significações da experiência emocional da depressão, ou de qualquer outra condição, são distintas de uma sociedade para outra, de acordo como a cultura a define.

Para Kleinman e Good (1985), a emoção media a pessoa e a sociedade, sendo esta a expressão de sentimento constituinte da relação social distintamente do modo como é entendida pelos psiquiatras, cuja centralidade de interesse é a doença clínica. Portanto, a depressão simultaneamente representa dois estados distintos de possibilidade interpretativa, normal e patológica, de acordo com esses autores.

O desafio metodológico está na compreensão do discurso que extrapola o espaço *on-line*. Afinal, no seu cotidiano as vivências de adoecimento, na relação face a face, é que são compartilhadas na comunidade. Os sujeitos retratam a sua vida social com a família, os amigos, trabalho, além da sua relação com o psiquiatra ou psicólogo, medicamentos que consomem, entre outros temas do seu cotidiano. Detalham também atitudes no momento da crise, nos espaços geográficos que convivem que repercutem no ciberespaço.

As formulações discursivas, a interatividade entre os sujeitos e o contexto de enunciação são os focos de análise para compreender os sentidos dos discursos. A consonância dos enunciados com o contexto é fator primordial para que o processo comunicacional aconteça. Nesse sentido, o discurso é a explicitação do mundo, a verbalização de uma realidade, na qual estamos inseridos.

O discurso para Foucault (2004) é a reverberação de uma verdade nascendo diante de si. Portanto, tudo pode tomar a forma do discurso e pode ser dito a propósito de tudo, porque todas as coisas têm sentidos e podem voltar à interioridade silenciosa das consequências de si. Isso explicita como as “[...] relações entre os sujeitos e jogos de verdade haviam sido até então examinado por mim a partir de práticas”. (FOUCAULT, 2004, p. 1)

A compreensão do sentido do sofrimento está relacionada, entre outros, a valores morais, a alteridade (outro), mas também ao discurso de verdade da ciência. Na interatividade dos participantes os discursos sugerem a superação da depressão, informam a convivência com a família e outros espaços sociais de relacionamento. Diante de tudo isso, as comunidades virtuais permitem que seus membros interajam em torno de suas questões, construam toda uma teia de significados para narrar à experiência de adoecimento em depressão.

Considerações finais

Publicações apontam que o tema saúde veiculado nas redes sociais pode contribuir para aproximar os sujeitos que interagem e produzem discursos a partir de suas experiências de adoecimento. Essa interação possibilita maior autonomia do sujeito na produção, circulação e apropriação do discurso.

A revisão sobre Netnografia como um método pode ser usado em estudos em saúde. Adverte-se sobre a necessidade de romper com a dicotomia virtual x real para a compreensão de campos de experiência na internet. O objeto da investigação netnográfica deve concentrar-se no fluxo da informação e na conectividade, em vez de na localização e fronteira como princípio de organização social. Requer criatividade e capacidade para a análise da produção dos sentidos das postagens compartilhadas na comunidade.

Deve-se também observar os sentidos para onde apontam os discursos, tendo em conta os discursos circulantes na sociedade, tais como o científico, o religioso, o jurídico, o moral, dentre outros. O pré-campo realizado em uma comunidade fechada do Facebook sobre a depressão, por exemplo, evidenciou discursos que remetiam sentidos de caráter “psicológico”, “psiquiátrico”, terapêutico, farmacológico e religioso, centrado na crença de que “Deus” vai serenar o coração do acometido pela depressão.

Em comunidades virtuais fechadas, os dispositivos de interatividade permitem que aos membros o apoio mútuo e que, ao mesmo tempo, debatam múltiplos temas que variam desde a identidade – gênero, de orientação sexual, entre outras –, a questões de relacionamentos familiares e as várias modalidades de depressão, incluindo o suicídio. A afiliação depende de uma aceitação de um administrador do grupo.

No entanto, compreende-se que o mundo das comunidades em torno da depressão não representa um novo mundo paralelo, mas uma conexão entre realidades face a face e *on-line*. A experiência do adoecimento em depressão se estende pelas falas que suscitam as aflições do cotidiano para esse universo mediado por comunicação mediada por computador.

Os relatos de experiência de adoecimento da depressão apresentam nuances discursivas implicada com a manifestação das emoções. Nesse sentido, compreender a trajetória dos sujeitos não significa fazer uma biografia isolada, sem observar a constituição do cenário virtual como de natureza interativa,

cujos diferentes sujeitos atores se posicionam sobre o que sentem e como buscam meios para sobreviver em situações de crise e sofrimento.

No discurso, portanto, para ser compreendido pelo pesquisador, é preciso identificar o que e para quem se fala, vislumbrando entender o sentido que este pretende instituir nos processos dos diálogos. Para cada relato, a dimensão da experiência pessoal no adoecimento da depressão parece ser uma estratégia de superação da crise depressiva. É como se a superação do sentimento depressivo fosse conquistada a partir um processo que envolve tempo de maturação do sujeito que vivencia a depressão.

Referências

AMARAL, A.; NATAL, G.; VIANA, L. *Netnografia como aporte metodológico da pesquisa em comunicação digital*. Sessões do Imaginário, Porto Alegre, Ano 13, n. 20, p. 34-40, dez. 2008.

CAMPANELLA, B. *Por uma etnografia para a internet: transformações e novos desafios*. *Matrizes*, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 167-174, 2015.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). *Resolução n. 510, de 07 de abril de 2016*. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/reso510.pdf>>. Acesso em: 15 dez 2017.

FOUCAULT, M. A ética do cuidado de si como prática da liberdade. In: FOUCAULT, M. *Ética, sexualidade, política*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004. (Col. Ditos e Escritos V).

GEERTZ, C. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: Zahar, 1973.

HINE, C. *Connective Ethnography in Complex Institutional Landscapes*. *Ethnography for the Internet: Embedded, Embodied and Everyday*. London: Bloomsbury Academic, 2015.

HINE, C. *Etnografia virtual*. Londres: Sage, 2000.

KENDAL, S. et al. How a moderated online discussion forum facilitates support for young people with eating disorders. *Health Expectations*, v. 20, n. 1, p. 98-111, Feb 2016.

KLEINMAN, A.; GOOD, B. (Org.). *Culture and Depression*. Studies in the Anthropology and Cross-cultural Psychiatry of Affect and Disorder. California: University of California, 1985.

KOLLOCK, P.; SMITH, M. (Org.). *Communities in Cyberspace*. New York: Routledge, 1999.

KOZINETS, R. On netnography: Initial Reflections on Consumer Research Investigations of Cyberculture. *Advances in Consumer Research*, Evanston, Illinois, v. 25, p. 336-371, 1998.

KOZINETS, R. *The Field Behind the Screen: Using Netnography for Marketing Research in Online Communities*. 2002. Disponível em: <<http://www.marketingpower.com/content18255.php>>. Acesso em: 25 dez. 2016.

KOZINETS, R. *NetnografiaI: realizando pesquisa etnográfica online*. Tradução Manoel Bueno. Porto Alegre: Penso, 2014.

LÉVY, P. *Cibercultura*. São Paulo: Ed. 34, 1999.

LÉVY, P. *O que é o virtual*. São Paulo: Ed. 34, 1996.

LUTZ, C. Depression and the Emotional Worlds. In: KLEINMAN, A.; GOOD, B. (Org.). *Culture and Depression: Studies in the Anthropology and Cross-cultural Psychiatry of Affect and Disorder*. California: University of California, 1985.

MONSORES, N. et al. Netnografia e análise bioética de blogs de turismo terapêutico com células-tronco. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 10, p. 3049-3059, 2016.

RECUERO, R. *Comunidades virtuais em redes sociais na internet: proposta de tipologia baseada no fotolog.com*. 2006. 334 f. Tese (Doutorado em Comunicação e Informação) - Programa de Pós-Graduação em Comunicação e Informação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

RECUERO, R. *Comunidades virtuais: uma abordagem teórica*. 2001. Disponível em: <<http://www.raquelrecuero.com/teorica.htm>>. Acesso: 20 dez. 2016.

RHEINGOLD, H. *The Virtual Community: Homesteading on the Electronic Frontier*, Reading, MA: Addison-Wesley, 1993.

SOBREIRA, I. *Práticas de comunicação e saúde no ciberespaço: uma análise a partir da campanha nacional de combate à dengue 2011/2012*. 2013. 87 f. Dissertação

(Mestrado em Ciências) – Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Rio de Janeiro, 2013.

WITNEY, C.; HENDRICKS, J.; COPE, V. Variation of Kozinets' framework and application to nursing research. *Nurse Researcher*, v. 23, n. 5, p. 36-41, 2016.

PARTE II

Comunicação, interculturalidade, educação e saúde

Comunicação em saúde, interculturalidade e competências: desafios para melhor comunicar e intervir na diversidade cultural em saúde

Natália Ramos

Introdução

Na atualidade, o crescimento da globalização, da mobilidade das populações e dos conflitos étnico/religiosos e armados aumentou o número de migrantes e refugiados, a multiculturalidade, os contactos interculturais e a coabitação com a diversidade cultural, contribuindo para uma grande heterogeneidade linguística, social, cultural e comportamental das sociedades. Estas questões interpe-lam os diferentes setores de intervenção e investigação, colocando desafios à comunicação, à saúde e à gestão e negociação da diversidade e relações inter-culturais, particularmente à comunicação em saúde em contexto intercultural e migratório, aos profissionais e usuários pertencentes a universos culturais dife-rentes, à prática clínica e à organização dos serviços de saúde.

O encontro interdisciplinar entre saúde, comunicação e cultura coloca no-vos desafios estratégicos e políticos na prevenção, informação, educação, aces-so, equidade e promoção em saúde, bem como na organização dos serviços de saúde e na prática clínica. Implica um novo reposicionamento metodoló-gico, epistemológico e ético ao nível da pesquisa, da formação e da interven-ção no domínio da comunicação e da saúde, em particular na comunicação e interculturalidade nos cuidados de saúde, nas atitudes dos profissionais e no

desenvolvimento de competências individuais, comunicacionais e (inter)culturais. Além disso, exige a adoção de estratégias e políticas e o desenvolvimento de competências para fazer face às novas realidades sociais, culturais, comunicacionais e sanitárias da sociedade multicultural, às características atuais das organizações e sistemas de saúde e às especificidades dos profissionais e usuários, bem como para gerir a relação e comunicação entre profissionais de saúde e usuários de diferentes culturas e promover cuidados de saúde culturalmente adaptados. (ANDERSON et al., 2003; BENSING, 1991; DAVIES; FALLOW-FIELD, 1991; HALL, 2001; KLEINMAN, 1980; KLEINMAN; BENSON, 2006; PRIEBE et al., 2011; RAMOS, 2004, 2007, 2008a, 2012a, 2012b)

Estas questões têm constituído objeto de preocupação dos profissionais, dos Estados, dentro e fora da União Europeia, das políticas públicas nos diferentes setores, de recomendações de organismos nacionais e internacionais e de associações profissionais, designadamente: Organização das Nações Unidas (ONU, 2006); Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Económico (OCDE, 2007, 2015); Organização Mundial de Saúde (WHO, 1983, 2004, 2005, 2010); Organização Internacional para as Migrações (OIM, 2010); Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO, 2001, 2005); Conselho da Europa (CE, 2001); Associação Americana de Psicologia (APA, 2003); Alto Comissariado para as Migrações (ACM, 2015, Portugal). Por exemplo, no que diz respeito aos contactos interculturais e ao trabalho com populações culturalmente diversas, a Associação Americana de Psicologia (APA, 2003) propõe um conjunto de recomendações aos psicólogos e profissionais afins, das quais destacamos:

- Importância de reconhecerem que, enquanto seres culturais, desenvolvem crenças e atitudes, as quais podem influenciar negativamente as suas perceções e interações com indivíduos cultural e etnicamente diferentes;
- Importância do reconhecimento da sensibilidade, conhecimento e compreensão multicultural sobre as diferenças culturais e étnicas dos indivíduos;
- Importância da utilização dos princípios da multi/interculturalidade e da diversidade na formação psicológica;

- Importância de os investigadores promoverem investigações centradas em questões étnicas e interculturais com indivíduos de diferentes origens étnicas, linguísticas e culturais;
- Importância de desenvolverem estratégias e competências culturalmente adequadas na sua prática clínica ou noutras atividades profissionais;
- Importância de recorrerem a processos de mudança organizacional, de modo a promover o desenvolvimento de práticas organizacionais culturalmente adequadas.

Também o Council of Europe (2001) acentua ser necessário evitar os riscos e conflitos que podem resultar da marginalização daqueles que não possuem competências interculturais para viverem e comunicarem num mundo multicultural, interativo e global, onde a diversidade cultural integra, cada vez mais, todos os domínios da esfera pública, nomeadamente o setor da saúde. Esta diversidade não deverá ser vista como uma ameaça, mas ser considerada, como destaca a Unesco (2001), na *Declaração Universal sobre a Diversidade Cultural*, artigo 3, “[...] uma das fontes de desenvolvimento, entendido não só como crescimento económico, mas, também, como meio de acesso a uma existência intelectual, afetiva, moral e espiritual satisfatória”. (2001)

A diversidade cultural em saúde e as minorias têm colocado questões e desafios tanto às populações migrantes e culturalmente diferentes, como aos profissionais e organizações políticas, culturais e profissionais, sendo necessário compreender as dificuldades que enfrentam no acesso, atendimento e prestação de cuidados de saúde e identificar estratégias e competências comunicacionais e interculturais para responder às necessidades destas populações e aos profissionais que lidam com diferentes grupos étnico-culturais, as quais se afiguram importantes na comunicação e mediação intercultural em saúde. (RAMOS, 2015a, 2005b; GRANADA et al., 2017; KOBELINSKY, 2010; MIRDAL; RYDING; SONDEJ, 2012; REYNOLDS, 2004; ROSSEN; BUUS; STENAGER, 2013)

Multiculturalidade na contemporaneidade e na saúde

A multiculturalidade, no sentido da coexistência numa mesma sociedade de várias culturas e etnias distintas, e o contacto intercultural, ou seja, o encontro de

peças e de grupos diferentes do ponto de vista cultural, étnico ou linguístico, são elementos que caracterizam cada vez mais o tecido social português e mundial. No mundo globalizado contemporâneo, há novas mobilidades e interculturalidades e verifica-se um aumento da diversidade cultural, de migrantes e refugiados, face a novos contextos sociais, económicos, demográficos, educacionais, laborais e políticos, tais como:

- aumento da globalização;
- aumento da urbanização;
- aumento do envelhecimento demográfico nos países desenvolvidos;
- aumento crescente da migração feminina;
- aumento do turismo internacional;
- facilidades de deslocação e rapidez dos meios de transporte;
- necessidades do mercado de trabalho em muitos países industrializados;
- desemprego e crises económicas e políticas internacionais que afetam os países desenvolvidos e em desenvolvimento;
- novas formas de mobilidade estudantil e qualificada;
- aumento das necessidades de serviços domésticos e de “cuidados” às crianças e aos idosos nos países desenvolvidos envelhecidos ;
- novos meios de comunicação (os *media*, a internet);
- aumento dos desastres e catástrofes ambientais;
- aumento de conflitos étnicos, políticos, armados e religiosos;
- desenvolvimento de redes entre países baseadas nos laços históricos, familiares e culturais.

A ONU (2017) registava mais de mil milhões de pessoas em situação de mobilidade no mundo, estimando a existência de 258 milhões de migrantes internacionais, ou seja, de indivíduos vivendo atualmente fora dos seus países de origem, dos quais cerca de metade são mulheres. Desde 2000, verificou-se um aumento de 49% desta mobilidade, este aumento afetando todos os continentes, géneros, classes sociais e gerações e os vários domínios da esfera

pública. Em relação aos refugiados, o Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados assinala que em 2015, as migrações forçadas alcançaram 65,3 milhões de indivíduos, crianças, jovens e adultos (UNITED NATIONS HIGH COMMISSIONER FOR REFUGEES, 2015), tendo este número aumentado em 2014 e 2015 e representando o maior número depois da II Guerra Mundial.

Nos últimos anos, o número de pessoas deslocadas por conflitos em todo o mundo quase que quadruplicou: de perto de 11 mil por dia, em 2010, passou para 42 mil e 500 diariamente, em 2014, tendo um terço destes atravessado uma fronteira nacional; mais de 33 milhões são crianças e jovens com menos de 20 anos de idade, que migraram com as suas famílias ou sozinhos.

Já em Portugal, segundo os Censos de 2011, residiam, à época, 394 mil 496 estrangeiros, constituindo 3,7% do total de residentes estrangeiros em situação regularizada no país, com predominância respetivamente dos originários do Brasil, Cabo Verde, Ucrânia, Roménia e China.

Ao nível do pessoal de saúde, verificamos igualmente um aumento da mobilidade internacional. A título de exemplo:

- em 2000, 11% dos enfermeiros e 18% dos médicos que trabalhavam nos países da OCDE eram de origem estrangeira. (ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT, 2007)
- em 2013-2014, cerca de 460.000 médicos e 570.000 enfermeiros formados no estrangeiro trabalhavam nos países da OCDE.
- em Portugal, em 2011, segundo a Ordem dos Médicos, cerca de 11% dos médicos inscritos na Ordem eram estrangeiros.
- nos países da OCDE, o número de médicos e enfermeiros estrangeiros aumentou entre 2001 e 2011, passando, respetivamente, de 19,5% para mais de 22% e de 11% para 14,5%, segundo o relatório da ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (2015), que indica que estes imigrantes qualificados representam 2,2% dos médicos e 5,7% dos enfermeiros a trabalhar em Portugal.

Comunicação em saúde, diversidade cultural e organizações de saúde

Ao nível dos cuidados e das organizações de saúde, estes caracterizam-se cada vez mais pela diversidade cultural dos seus usuários e profissionais, exigindo: fornecer cuidados culturalmente competentes; funcionar como organizações de saúde, mas também como organizações multiculturais, tendo como fundamento o respeito pela pluralidade de culturas e diversidade dos seus membros; o domínio de competências dos gestores e profissionais de saúde, nas áreas da comunicação e da interculturalidade.

Uma comunicação culturalmente eficiente poderá promover as competências dos profissionais e melhorar o funcionamento das organizações de saúde, tendo em vista um melhor acolhimento e compreensão da cultura e particularidades comunicacionais e de saúde dos utentes, bem como melhorar a sua adesão e a qualidade dos cuidados de saúde e o próprio funcionamento das organizações de saúde.

Anderson e colaboradores (2003), destacam alguns critérios importantes para um funcionamento culturalmente competente das organizações de saúde: assegurar formação na prestação de serviços cultural e linguisticamente competentes às equipas; desenvolver um plano estratégico com objetivos, políticas, formas de operacionalização e mecanismos de avaliação da gestão e do funcionamento de serviços cultural e linguisticamente adequados; promover estratégias para a formação de equipas diversificadas e lideranças adaptadas às características das áreas abrangidas pelos serviços; assegurar cuidados respeitando as crenças e práticas culturais e a língua de origem dos usuários; disponibilizar serviços de apoio linguístico gratuitos, por ex. funcionários bilingues e serviços de intérprete; fornecer informação útil, de fácil compreensão e nos idiomas dos usuários mais representativos das organizações de saúde; avaliar o grau de satisfação dos usuários sobre a organização dos serviços, tendo em vista a sua melhoria e fornecer informações sobre a implementação de novas medidas; identificar necessidades em saúde, para planear serviços adequados em colaboração com a comunidade; identificar e resolver conflitos e reclamações que possam surgir ao nível organizacional e dos usuários.

Muitos dos desafios enfrentados pela saúde e pelas reclamações nos serviços de saúde a nível internacional e nacional, por exemplo hospitais e centros

de saúde em Portugal, estão relacionados com questões de comunicação e informação, como revelam os últimos dados da Entidade Reguladora da Saúde, tendo estas reclamações aumentado nos últimos anos. (ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE, 2016)

Ora, o direito à informação e comunicação é inalienável do direito à saúde. A ausência de informação ou uma comunicação inadequada afeta diretamente esse direito, bem como a igualdade, o acesso e a qualidade em saúde.

Com efeito, a comunicação em saúde é uma componente básica: dos cuidados de saúde; da informação, educação e promoção da saúde; da mudança comportamental; da competência intercultural; da organização, gestão e políticas de saúde; da avaliação da qualidade dos cuidados e dos próprios sistemas de saúde. (RAMOS, 2004, 2006, 2008a, 2008b, 2012a, 2012b; SCHIAVO, 2007; THOMAS, 2006; VALERO-GARCÉS, 2014)

Investigações recentes evidenciam que parte dos problemas, disfuncionamentos e insatisfação ao nível relacional, clínico, organizacional e da gestão no âmbito da saúde está relacionada com problemas relacionais e de comunicação, nomeadamente ao nível da informação e dos desempenhos comunicacionais dos decisores, gestores e profissionais nos diversos setores da saúde, em contextos autóctones mas, sobretudo, multi/interculturais. Estes estudos destacam ainda que as queixas e reclamações dos usuários relativamente a estes aspetos têm vindo a aumentar em todo o mundo. (BERRY, 2007; ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE, 2016; FLORES, 2006; KURTZ; SILVERMAN; DRAPER, 2005; RAMOS, 2004, 2007, 2008a, 2008b, 2012a, 2012b, 2015a, 2015b; SCHOUTEN; MEEUWESSEN, 2006; SCHOUTEN, 2009; THOMAS, 2006)

A articulação e a gestão dos domínios da saúde, comunicação e cultura são fundamentais para melhorar os cuidados e as práticas clínicas e a compreensão dos comportamentos de saúde, para promover a saúde individual e coletiva em contextos autóctones e, sobretudo, multi/interculturais e para a definição de políticas públicas.

Os aspetos psicológicos, sociais e culturais podem constituir riscos e barreiras aos cuidados de saúde e estar na origem de conflitos, incompreensão, insegurança e dúvidas, por um lado, pela sua influência na forma de perceber a saúde e a doença e no recurso aos cuidados de saúde, e, por outro, pelas dificuldades que utentes culturalmente diferentes e profissionais de saúde enfrentam ao nível interpessoal, comunicacional e intercultural. Neste âmbito, é importante ter em conta:

- a compreensão da própria cultura e das suas diversas formas de inscrição no corpo, na linguagem, nos modos de cuidar e nas modalidades de comunicação;
- o conhecimento das culturas e da variabilidade das suas representações e práticas sobre a saúde, a doença, a cura, e sobre as formas de comunicar a dor e o sofrimento.

A cultura reflete-se nos valores, nas técnicas do corpo, na linguagem, no estilo comunicacional, nos modos de cuidar e nos comportamentos de saúde. Cada cultura tem o seu modo próprio de lidar com a doença e de cuidar, sendo estes modos específicos, transmitidos de geração em geração, através do uso de símbolos, da linguagem, de práticas e de rituais. Desse modo, indivíduos de culturas ou subculturas diferentes podem atribuir significados diferentes às mesmas realidades e desenvolver percepções e representações sociais diferentes, o que poderá originar incompreensão mútua, estereótipos, conflitos e dificuldades de comunicação.

A comunicação intercultural, ao integrar os problemas e processos de interação verbal e não verbal entre indivíduos pertencentes a grupos ou subgrupos culturais diferentes em contextos situacionais variados, e a variação cultural na percepção dos objetos e dos acontecimentos sociais, traz contributos importantes para intervir em contextos de saúde, autóctones e multiculturais, e na mediação intercultural em saúde. (LADMIRAL; LIPIANSKY, 1989; RAMOS, 2001, 2006; SAMOVAR; PORTER, 1988)

Dificuldades dos profissionais e usuários em contexto de multiculturalidade em saúde

O encontro com a diversidade cultural em contexto de saúde e o confronto com a alteridade, com a diferença cultural, podem conduzir a dificuldades, reações emocionais, atitudes de rejeição e insegurança, conflitos, preconceitos e problemas de comunicação da parte dos usuários e doentes e dos profissionais de saúde.

Sendo o acesso à saúde um direito fundamental contemplado na constituição e políticas da maioria dos Estados, constata-se que muitas das dificuldades

das populações, nacionais, migrantes ou de minorias étnicas, prendem-se sobretudo com:

- problemas comunicacionais aos níveis organizacional e interpessoal;
- falta de informação, tanto da parte destes grupos, como dos próprios profissionais e serviços de saúde, relativamente à legislação e aos direitos e deveres nos serviços de saúde.

No que respeita aos utentes, o analfabetismo, as barreiras linguísticas, o desconhecimento da língua e da cultura da sociedade de acolhimento, a iliteracia em saúde, o isolamento e desenraizamento social, familiar e cultural, sobretudo no caso de muitos migrantes, refugiados e minorias étnicas, originam dificuldades de acesso, comunicacionais e relacionais com as estruturas de apoio e administrativas e com os profissionais de saúde. (GREEN; SPERLINGER; CARSWELL, 2012; JANSEN et al., 2013; MIRDAL; RYDING; SONDEJ, 2012; RAMOS, 2004, 2007, 2008a) Estas situações tornam, por vezes, as formalidades administrativas difíceis ou quase impossíveis e suscitam o medo, a vergonha e a ansiedade dos utentes por não conseguirem comunicar, assim como desencorajamento e dificuldades de acesso aos serviços de saúde. Alguns usuários culturalmente diferentes nunca beneficiaram de cuidados de saúde em instituições de saúde de tipo ocidental, e o desconhecimento e a não familiarização com estas estruturas e cuidados de saúde leva-os a reagir com desconfiança e estranheza à abordagem ocidental da doença e do tratamento. (MAJUMDER et al., 2015; SAVIC et al., 2015) A falta de formação adequada para trabalhar com indivíduos e grupos culturalmente diferentes poderá conduzir assim a dificuldades no acolhimento, na comunicação, no diagnóstico, na adesão e na qualidade dos cuidados prestados aos utentes.

Constata-se que são cada vez mais os profissionais de saúde, particularmente os que trabalham em contextos de diversidade cultural, que se queixam de dificuldades provenientes de problemas relacionais e de comunicação intercultural em saúde com usuários culturalmente diferentes. (MIRDAL; RYDING; SONDEJ, 2012; ROSSEN; BUUS; STENAGER, 2013) Alguns estudos evidenciam que estes profissionais:

- apresentam mais dificuldades e erros de diagnóstico e mais preconceitos e estereótipos quando comunicam com utentes migrantes e de minorias étnico-culturais;
- muitos dos problemas dos profissionais e das dificuldades no acesso e adesão dos usuários estão relacionados com questões de comunicação intercultural em saúde. (PRIEBE et al., 2011; RAMOS, 2004, 2007, 2008a, 2008b, 2012a, 2012b, 2014; SCHOUTEN; MEEUWESSEN, 2006, 2009; THOMAS, 2006)

Neste sentido, organismos internacionais têm acentuado a necessidade de os profissionais dos diversos setores da saúde estarem atentos ao impacto dos seus estereótipos, preconceitos e comportamentos discriminatórios na comunicação e na intervenção, assim como a de terem em conta a diversidade individual, social e cultural dos usuários nas suas práticas profissionais e de adquirirem formação e desenvolverem competências nos âmbitos intercultural e comunicacional. (AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION, 2015; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1983, 2004)

Algumas das dificuldades comunicacionais em contexto de cuidados de saúde residem igualmente não só nas dificuldades de gestão das diferenças culturais, mas igualmente nas atitudes, perceções e falta de conhecimento dos profissionais de saúde sobre as representações e crenças de saúde e doença do indivíduo que procura cuidados de saúde e sobre as relações deste com o seu mundo social, espiritual e cultural. Também os profissionais que não possuem competências para trabalhar com estes indivíduos e grupos culturalmente diferentes encontram eles próprios dificuldades de vários tipos e manifestam, frequentemente, insatisfação, insegurança, ansiedade, desmotivação e comportamentos etnocêntricos e de discriminação. (KIRMAYER, 2012; MIRDAL; RYDING; SONDE, 2012; PRIEBE et al., 2011; RAMOS, 2004, 2008a, 2008b, 2012a, 2012b; ROSSEN; BUUS; STENAGER, 2013; SUE et al., 1992)

Alguns especialistas têm destacado os benefícios resultantes do treino e formação interculturais em todos os domínios, inclusive da saúde, designadamente: no aumento da capacidade para lidar com as diferenças individuais e culturais; no desenvolvimento da segurança, bem-estar e satisfação nas relações interculturais; na diminuição do *stress* e insegurança, bem como na melhoria nas relações interpessoais, intergrupais e no trabalho com grupos heterogéneos e

minorias étnico-culturais; maior abertura ao mundo, à diversidade e à alteridade; maior capacidade para resolver problemas que exigem a compreensão, negociação, mediação, comunicação e relação com outras culturas e a adaptação à mudança. (BRISLIN; YOSHIDA, 1994; COHEN-ÉMERIQUE, 1993, 1999)

Competências comunicacionais e inter(culturais) em saúde

Os profissionais necessitam de conhecer e compreender as culturas das populações com que trabalham, as suas particularidades sociais e comunicacionais e a sua relação com as crenças, comportamentos de saúde e práticas de cuidados. Uma das estratégias é a da comunicação culturalmente competente. Para preparar os indivíduos neste âmbito, têm sido desenvolvidos diversos programas de formação em competências (inter)culturais. Estas competências promovem a reflexão e a capacitação para colocar em prática a consciência e os conhecimentos multi/interculturais na comunicação e nas relações interculturais, envolvendo um conjunto articulado de comportamentos, atitudes, estratégias e políticas que se manifestam num serviço, organização ou entre os profissionais, os quais permitem intervir adequadamente em situações interculturais, nomeadamente de saúde.

A competência intercultural implica que, num contexto de diversidade cultural, de interação e coabitação intercultural, os indivíduos tenham consciência, capacitação e competências técnicas que lhes permitam aceitar, dialogar e negociar com o Outro, assim como fazer-se compreender ao nível comunicacional e relacional nos vários setores e níveis de intervenção, nomeadamente individual/interpessoal, grupal ou institucional/organizacional. (BETANCOURT, 2003; CROSS et al., 1989; GIGER; DAVIDHIZAR, 2007; LANDIS; BRISLIN, 1983; QUREISCHI, 2011; SUE et al., 1992; 2011, 2009)

Viver, comunicar e trabalhar em contexto multicultural, nomeadamente em saúde, exige um conjunto diversificado de competências que podemos agrupar deste modo (RAMOS, 2004, 2007, 2011, 2012a, 2013, 2014):

- Competências individuais, que promovam atitudes, comportamentos e valores, que favoreçam interações sociais harmoniosas entre os indivíduos, os grupos e as culturas, que desenvolvam relações interpessoais

construtivas, o autoconhecimento, a reflexão crítica e uma atitude de descentração. Esta atitude permitirá flexibilizar e relativizar princípios e métodos, apresentados como superiores, únicos e universais, e evitar muitos comportamentos etnocêntricos, de intolerância, discriminação e exclusão;

- Competências interculturais, sobretudo linguísticas, comunicacionais e pedagógicas, que facilitem, por um lado, a comunicação intercultural e a formação e consciencialização culturais, e, por outro, que promovam intervenções culturalmente competentes e inclusivas, bem como profissionais e cidadãos culturalmente sensíveis e implicados e preparados para viver, comunicar e trabalhar na sociedade multicultural;
- Competências de cidadania, que tornem possível o funcionamento democrático, plural e participativo das sociedades, organizações e serviços, designadamente de saúde;
- Competências tecnológicas, nomeadamente ao nível das tecnologias audiovisuais e das novas tecnologias de informação e comunicação, e da internet, as quais vêm favorecer a comunicação intercultural, a consciencialização cultural, a inclusão digital e social e viabilizar encontros virtuais que facilitam o conhecimento e o contacto de culturas e a partilha de recursos de informação e aprendizagem disponíveis em qualquer parte do mundo.

Por exemplo, os meios de comunicação audiovisual, o vídeo/filme, enquanto meios e estratégias de observação, de comunicação e de mediação, associados ou não a outros instrumentos, desempenham um papel importante na pesquisa e na intervenção em saúde, particularmente em contexto intercultural:

- identificando e analisando contextos, representações e comportamentos relacionados com a saúde;
- modificando ideias erradas, atitudes e comportamentos individuais e coletivos prejudiciais à saúde;
- contribuindo para uma melhor informação, compreensão e consciencialização dos problemas de saúde e mudança comportamental.

Também os *media* e as tecnologias audiovisuais e de informação e comunicação poderão desempenhar um papel importante na educação, comunicação, informação e intervenção em saúde, assim como na sensibilização para a interculturalidade e no combate aos preconceitos, estereótipos e diferentes formas de discriminação.

Na comunicação, sobretudo em contexto intercultural e de saúde, é necessário:

- aprender a conhecer-se a si mesmo e à sua própria cultura e tomar consciência da sua própria identidade cultural;
- aprender a descobrir e a compreender o sentido de normas e valores, os quadros de referência do Outro e os códigos culturais respetivos. Estes conhecimentos constituem um sinal de interesse, reconhecimento e respeito pelo Outro;
- estabelecer condições de diálogo, pois não só a língua, mas também os gestos, as posturas, as mímicas, a entonação, o silêncio, os rituais, têm importância e sentido na comunicação;
- desenvolver certas atitudes, aptidões e traços de personalidade, tais como: abertura de espírito, consciência crítica, respeito mútuo, empatia, sensibilidade, humildade, criatividade, flexibilidade, autoconfiança, motivação para a aprendizagem, sentido de justiça social, consciência cultural, adaptabilidade, curiosidade e interesse pela cultura, costumes e tradições do Outro, capacidade para gerir as emoções e conflitos e habilidades para estabelecer a confiança, a cooperação e a negociação;
- desenvolver a empatia, o que implica a capacidade de colocar-se no lugar do Outro, e a partilha emocional, manifestar interesse genuíno, compreender a experiência subjetiva do Outro e reconhecer a sua singularidade e a sua história;
- desenvolver a congruência, implicando a adequação entre o que o indivíduo sente, a consciência que tem dos seus sentimentos e a maneira como se exprime.

- dispor de tempo para comunicar, para compreender uma situação, para o encontro clínico. Por exemplo, um doente migrante, que não domine bem a língua, com dificuldades de expressão e comunicação, poderá exigir mais tempo que um nacional ou sem problemas dessa natureza, para além de que alguns doentes estão habituados a um certo tempo relacional;
- adotar uma linguagem adaptada às capacidades cognitivas, ao nível cultural e educacional, às necessidades individuais, emocionais, sociais, culturais e linguísticas do utente;
- desenvolver uma ética de cuidados que tenha em conta a cultura do doente e lhe dê explicações sobre a sua doença, as medidas protetoras, as prescrições às quais se deve submeter, os medicamentos que deverá tomar, numa língua e linguagem acessíveis à sua compreensão;
- estar atento/a às mensagens silenciosas da comunicação não verbal e aprender a respeitar os ritmos e os estilos de comunicação próprios de cada indivíduo e de cada cultura;
- ter em conta o espaço e a distância espacial: por exemplo, certas culturas privilegiam a distância proximal, outras não;
- ter em atenção as questões de género no atendimento em saúde. Nalgumas culturas, os usuários exigem ser atendidos por profissionais do mesmo sexo, o não cumprimento deste desejo influenciando no abandono ou falta de adesão aos cuidados de saúde. (RAMOS, 2001, 2004, 2008a, 2008b, 2012a, 2012b, 2013; O'MAHONY; DONNELLY, 2013)

Outros autores destacam ainda a importância de:

- tomar consciência do grau de determinismo cultural dos nossos comportamentos, desenvolver a *consciencialização cultural*. Esta constitui um processo de aprendizagem cultural que visa desenvolver a capacidade de analisar o mundo do ponto de vista de uma outra cultura e as competências para reconhecer as diferenças e a pluralidade. (HOOPES, 1979);

- combater os estereótipos e o etnocentrismo, ou seja, a tendência para interpretar a realidade a partir dos nossos próprios critérios e modelos culturais. O etnocentrismo, os estereótipos e os preconceitos constituem barreiras, filtros culturais à comunicação intercultural, e estão na origem de conflitos e incompreensão entre grupos originários de diferentes culturas. (COHEN-ÉMERIQUE, 1993; LADMIRAL; LIPIANSKY, 1989, 1992; RAMOS, 2001, 2004, 2013, 2014);
- evitar julgamentos rápidos e superficiais, estereótipos, preconceitos e atitudes etnocêntricas, o que permitirá colocar-se no lugar do Outro, de forma a tentar compreender as coisas do seu ponto de vista, possibilitando a descentração. (PIAGET, 1970) A descentração dá-nos a capacidade de relativizar e de visualizar uma situação através de várias perspetivas e quadros de referência, ajuda cada um a adotar uma certa distância em relação a si mesmo e conduz à autorreflexão, constituindo uma das atitudes que todos os profissionais, em particular os da saúde, têm de trabalhar em permanência.

Na comunicação, sobretudo em contexto intercultural, torna-se ainda necessário:

- desenvolver uma melhor compreensão dos mecanismos psicossociais e fatores sociopolíticos suscetíveis de originar a intolerância, a discriminação, o etnocentrismo e o racismo;
- aprender a construir projetos e a encontrar soluções em conjunto para a resolução de conflitos e para a compreensão das relações interculturais e de interdependência cada vez maiores;
- aprender a dialogar com as outras culturas e aceitar negociar e propor compromissos, de modo a evitar comportamentos de rejeição ou de assimilação;
- promover a formação em relação à negociação de conflitos à escala nacional e internacional, nomeadamente sobre conflitos interculturais e entre valores fundamentais (violação dos direitos humanos, formas de discriminação e violência, por exemplo pobreza e desigualdades

sociais, tráfico humano, violência de gênero e intercultural, mutilações genitais, etc.). (RAMOS, 2011, 2013, 2014, 2015a)

Considerações finais

O diálogo entre saúde, comunicação e cultura coloca novos paradigmas e desafios estratégicos, políticos, teóricos, metodológicos e éticos na prevenção, informação, educação, inovação e promoção em saúde, bem como na comunicação e qualidade nos cuidados de saúde, na organização dos serviços de saúde e no desenvolvimento de competências individuais, comunicacionais e (inter)culturais.

A investigação, formação e definição das políticas públicas e os discursos sobre desigualdades na saúde omitem frequentemente a dimensão comunicacional e cultural do conjunto de problemas e questões em saúde.

Os fatores comunicacionais, sociais e culturais constituem importantes fatores de determinação da universalidade e da equidade na saúde, verificando-se contudo a ausência destes fatores nos indicadores dos determinantes sociais e de qualidade em saúde.

A informação e a comunicação em saúde, particularmente em situação de diversidade cultural, deverão ser promovidas tendo em conta:

- os contextos sociopolíticos, bem como as especificidades e diferenças sociais e culturais;
- equipas multi/interdisciplinares e projetos de saúde inseridos nas comunidades e nas suas necessidades;
- a literacia, a capacitação e a responsabilização do cidadão através, nomeadamente, de campanhas de comunicação e informação adequadas à população e grupos-alvo;
- a cooperação com o indivíduo, o grupo e a comunidade através de uma perspetiva sistémica, aberta, dialógica e integrativa, tendo em vista prevenir e diminuir vulnerabilidades e riscos para a saúde e promover a cidadania, a participação e a igualdade de oportunidades em saúde;
- o desenvolvimento de ambientes, organizações, práticas e políticas promotores de saúde, bem-estar e direitos fundamentais de todos os cidadãos, inclusive o direito à diferença, à negociação e à saúde.

É indispensável promover uma formação adequada dos diferentes profissionais de saúde para diminuir as dificuldades de comunicação e combater o fosso e incompreensão existentes entre modelos explicativos e culturais diferentes, bem como para uma melhor compreensão das concepções e práticas de saúde e doença das populações a quem prestam cuidados. Desta forma, as representações, as hipóteses explicativas dos doentes e famílias e os seus comportamentos poderão ser melhor compreendidos e prevenidos e não serem reduzidos apenas a superstições, a ideias ultrapassadas e à falta de informação. Eles deverão ser integrados na cultura, num sistema de crenças, de representações e de práticas que possuem a sua lógica cultural e social, e têm uma função adaptativa e psicológica importante, que passa muitas vezes despercebida ou não é valorizada.

A integração de conhecimentos psicossociais, antropológicos, interculturais e comunicacionais, incluindo as tecnologias audiovisuais e de informação e comunicação na formação dos profissionais de saúde, revela-se importante. Estes poderão ajudar a melhorar a comunicação, a informação e a mediação em saúde, a combater os estigmas, os preconceitos e os estereótipos, contribuindo para a compreensão dos processos de comunicação e dos sentidos individuais e culturais dos comportamentos, segundo as idades, as gerações, os sexos, as culturas e etnias, os meios sociais e os valores espirituais, religiosos e culturais.

É necessário que os profissionais de saúde tenham acesso a uma formação sólida sobre a complexidade e diversidade de fatores explicativos e intervenientes nos comportamentos de saúde e no recurso aos cuidados, os quais não são unicamente de ordem individual, mas relevam de um conjunto indissociável de fatores culturais, sociais, económicos, psicológicos, ambientais e políticos.

Torna-se importante repensar as relações e os modelos de comunicação entre o profissional de saúde e o utente. A um modelo de comunicação profissional de saúde-utente unilateral, vertical, assimétrico, baseado na transmissão de um emissor, considerado como o possuidor do saber, a um recetor passivo, destituído de saber, é necessário contrapor um modelo de comunicação interativo, dialógico e empático. Este modelo deverá ter em conta a voz, os *saberes* e o contexto psicossociocultural e político do doente, compreender as ideias, preconceitos, estereótipos e crenças dos profissionais de saúde e dos usuários, mas também os processos implicados na relação e comunicação entre profissional de saúde e doente como uma interação que ocorre no contexto dessas crenças, preconceitos e estereótipos.

O desenvolvimento de competências individuais, comunicacionais e culturais constitui uma exigência e responsabilidade ética, cívica e científica para fazer face à complexidade, globalização, heterogeneidade, conflitualidade e diversidade do mundo atual, sendo fundamental para todos os que vivem na sociedade contemporânea, ou seja, profissionais, decisores políticos e cidadãos em geral.

A formação em comunicação em saúde e em comunicação intercultural é fundamental para os diversos intervenientes que trabalham nos vários setores da saúde, quer ao nível nacional e multicultural, quer ao nível da cooperação internacional e da ajuda em situações de urgência e humanitária, contextos onde os profissionais de saúde são cada vez mais solicitados e confrontados com indivíduos, grupos e cuidados culturalmente diferentes.

Referências

- AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. Guidelines on Multicultural Education, Training, Research, Practice, and Organizational Change for Psychologists. *American Psychologist*, Washington, v. 58, n. 5, p. 377-402, May, 2003.
- ALTO COMISSARIADO PARA AS MIGRAÇÕES. *Rede de Ensino Superior em Mediação Intercultural*. Portugal, 2015.
- ANDERSON, L. M. et al. Culturally competent healthcare systems. A systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, Philadelphia, v. 24, n. 3, p. 68-79, Apr. 2003.
- BENSING, J. Doctor-patient communication and the quality of care. *Social Science & Medicine*, Utrecht, v. 32, n. 11, p. 1301-1310, 1991.
- BERRY, D. *Health Communication. Theory and Practice*. Maidenhead, England: Open University Press: McGraw-Hill, 2007.
- BETANCOURT, J. et al. Defining Cultural Competence: A Practical Framework for Addressing Racial/Ethnic Disparities in Health and Healthcare. *Public Health Reports*, Boston, v. 118, n. 4, p. 293-302, July/Aug. 2003.
- BRISLIN, R.; YOSHIDA, T. *Intercultural communication training: An introduction*. Thousand Oaks, CA: Sage, 1994.

- COHEN-ÉMERIQUE, M. Travailleurs sociaux et interculturel: Quelle démarche?
In: GRONG-DAHMANE, F. (Ed.). *Enfants d'ici, enfants d'ailleurs*. Ramonville
Sainte-Agne: Érés, 1993.
- COHEN-ÉMERIQUE, M. La formation des formateurs et des travailleurs sociaux.
In: DEMORGON, J.; LIPIANSKY, E. (Ed.). *Guide de l'interculturel en formation*.
Paris: Retz, 1999.
- COUNCIL OF EUROPE. *Diversity and cohesion: New challenges for the integration
of immigrants and minorities*. Strasbourg: Council of Europe, 2001.
- CROSS, T. et al. *Towards a culturally competent system of care*, v. 1. Washington, D.C.:
Georgetown University Child., 1989.
- DAVIES, H.; FALLOWFIELD, L. *Counselling and communication in health care*.
London: John Wiley & Sons, 1991.
- ENTIDADE REGULADORA SAÚDE. *Acesso a cuidados de saúde por imigrantes*.
Porto: ERS, 2015.
- ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE. *Reclamações dos doentes à ERS*. 2016.
Disponível em: <<http://www.dn.pt/sociedade/interior/entidade-reguladora-da-saude-recebeu-quase-70-mil-queixas-em-2016-6217610.html>>.
- FLORES, G. Language barriers to health care in the United States. *The New England
Journal of Medicine*, v. 355, n. 3, p. 229-231, July, 2006.
- GIGER, J.; DAVIDHIZAR, R. Promoting Culturally Appropriate Interventions
Among Vulnerable Populations. *Annual Review of Nursing Research*, v. 25, n. 1,
p. 293-316, 2007.
- GRANADA, D. et al. Discutir saúde e imigração no contexto atual de intensa
mobilidade humana/Debating health and migrations in a context of intense human
mobility. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 21, n. 61, p. 285-296,
abr./jun. 2017.
- GREEN, H.; SPERLINGER, D.; CARSWELL, K. Too close to home? Experiences
of Kurdish refugee interpreters working in UK mental health services. *Journal of
Mental Health*. Abingdon, England, v. 21, n. 3, p. 227-235, June, 2012.

- HALL, G. Psychotherapy research with ethnic minorities: Empirical, ethical and conceptual issues. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v. 69, n. 3, p. 502-510, 2001.
- HOOPEES, D. Intercultural Communication concepts and the psychology of intercultural experience. In: PUSCH, M. (Ed.). *Multicultural education: A cross cultural training approach*. Chicago: Network, 1979.
- JENSEN N. K. et al. How do general practitioners experience providing care to refugees with mental health problems? A qualitative study from Denmark. *BMC Family Practice*, p. 14-17, Jan. 2013.
- KIRMAYER, L. Rethinking cultural competence. *Transcultural Psychiatry*, v. 49, n. 2, p. 149-164, Apr. 2012.
- KLEINMAN, A. Patients and healers in the context of culture. Berkeley: University of California Press, 1980.
- KLEINMAN, A.; BENSON, P. Anthropology in the Clinic: The Problem of Cultural Competency and How to Fix It. *PLOS Medicine*, v. 3, n. 10, p. 1673-1376, Oct. 2006.
- KOBELINSKY, C. *L'accueil des demandeurs d'asile: une ethnographie de l'attente*. Paris: Éditions du Cigne, 2010.
- KURTZ, S.; SILVERMAN, J.; DRAPER, J. Teaching and learning communication skills in medicine. Oxford: Radcliffe Medical Press Publishing, 2005.
- LADMIRAL, J.; LIPIANSKY, E. *La communication interculturelle*. Paris: A. Colin, 1989.
- LANDIS, D.; BRISLIN, R. *Handbook of intercultural training*. New York: Pergamon, 1983.
- LIPIANSKY, E. M. *Identité et communication*. Paris: P.U.F., 1992.
- MAJUMDER P. et al. 'This doctor, I not trust him, I'm not safe': the perceptions of mental health and services by unaccompanied refugee adolescents. *International Journal Social Psychiatry*, v. 61, n. 2, p. 129-36, June, 2015.
- MIRDAL, G. M.; RYDING, E.; SONDEJ, M. E. Traumatized refugees, their therapists, and their interpreters: three perspectives on psychological treatment. *Psychol Psychother*. v. 85, n. 4, p. 436-55, Dec. 2012.

ORGANISATION DES NATIONS UNIES. *Migrations internationales et développement*. New York : ONU, 2006.

ORGANISATION INTERNATIONALE POUR LES MIGRATIONS. *Etat de la migration dans le monde 2010. L'avenir des migrations : renforcer les capacités face aux changements*. Geneva : OIM, 2010, 2 ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. *Perspectives des migrations internationales*, Paris: SOPEMI, 2007.

OCDE. *Indicators of Immigrant Integration 2015: Settling In*. Paris: OCDE Publishing, 2015.

O'MAHONY, J. M., DONNELLY T. T. How does gender influence immigrant and refugee women's postpartum depression help-seeking experiences? *Journal of Psychiatr and Mental Health Nursing*, v. 20, n. 8, p. 714-725, Oct. 2013.

ONU. *Making Migration Work for All*. ONU: New York, 2017.

PIAGET, J. *Epistémologie des Sciences de l'Homme*. Paris: Gallimard, 1970.

PORTUGAL. Governo de Portugal. *Plano Estratégico para as Migrações 2015-2020 – Resolução do Conselho de Ministros*. Lisboa, 2015.

PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde. *Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Eixo Estratégico-Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde*. [S.l., 2013?]. Disponível em: <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2012/02/Acesso_e_Equidade_2013_003_04.pdf>. Acesso em: 27 maio 2017.

PRIEBE, S. et al. Good practice in health care for migrants: views and experiences of care professionals in 16 European countries. *BMC Public Health*, v. 11, p. 187, Mar. 2011.

QUREISHI, A. Intercultural mediation: reconstructing Hermes – the messenger gets a voice. In: BHUGRA D.; GUPTA, S. *Migration and Mental Health*. Cambridge: Cambridge University Press, 2011. p. 245-260.

ROSSEN, C. B.; BUUS, N.; STENAGER, E. A qualitative study of mentally ill Iraqi refugees' relatives' experiences of their caring role and of receiving assistance from the community mental health services. *European Psychiatry*, v. 28, n. 1, Jan. 2013.

RAMOS, N. Comunicação, cultura e interculturalidade : para uma comunicação intercultural. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, Coimbra, v. 35, n. 2, p. 155-178, 2001.

- RAMOS, N. *Psicologia clínica e da saúde*. Lisboa: Universidade Aberta, 2004.
- RAMOS, N. Migração, aculturação, stresse e saúde: perspectivas de investigação e de intervenção. *Psychologica*, n. 41, p. 329-335, 2006.
- RAMOS, N. Comunicação e interculturalidade nos cuidados de saúde. *Psychologica*, n. 45, p. 147-169, 2007.
- RAMOS, N. (Org.). *Saúde, migração e interculturalidade*. João Pessoa: EDUFPB, 2008a.
- RAMOS, N. Multiculturalidade e comunicação em saúde. In: LOPES, J. et al. (Org.). *Multiculturalidade: perspectivas da Enfermagem: contributos para melhor cuidar*. Lisboa: LusoCiência, 2008b. p. 67-81.
- RAMOS, N. Saúde, migração e direitos humanos. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 1-11, jan./jun. 2009.
- RAMOS, N. Interculturalidade e alteridade. In: TOUTAIN, L. M. B.; SERAFIM, J. F. *Perspectivas em cultura visual: culturas, percepção e representação*. EdUFBA, Salvador, 2010.
- RAMOS, N. Educar para a interculturalidade e cidadania: princípios e desafios. In: ALCOFORADO, L. et al. *Educação e formação de adultos: políticas, práticas e investigação*. Coimbra: Ed. da Universidade de Coimbra, 2011. p. 189-200.
- RAMOS, N. Comunicação em saúde e interculturalidade – perspectivas teóricas, metodológicas e práticas. *RECIIS – Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 4, p. 1-19, dez. 2012a.
- RAMOS, N. Comunicación en la salud e interculturalidade: Para una mejor intervención en salud en el contexto de diversidade cultural. In: ALVAREZ, H. P.; REMOALDO, P. (Org.). *Mercadotecnia social en salud. Teoría y Práctica*. Tabasco: Universidade Juárez Autónoma de Tabasco, 2012b. p. 65-109.
- RAMOS, N. Interculturalidade(s) e mobilidade(s) no espaço europeu: viver e comunicar entre culturas. In: PINA, H.; MARTINS, F.; FERREIRA, C. (Ed.). *The Overarching Issues of the European Space*. Porto: Faculdade de Letras da Universidade do Porto, 2013. p. 343-360.
- RAMOS, N. Conflitos interculturais no espaço europeu. In: PINA, H. et al. (Org.). *Grandes problemáticas do espaço europeu*. Diversidade territorial e oportunidades de

desenvolvimento num cenário de crise. Porto: Faculdade de Letras da Universidade do Porto; Bucareste: Milena Press, 2014. p. 225-245.

RAMOS, N. Mobilidades e interculturalidades na contemporaneidade: desafios para a Psicologia e a inserção social. In: GONDIM, S.; BICHARA, I. (Org.). *A Psicologia e os desafios do mundo contemporâneo*. Salvador: UFBA, 2015a. p. 267-300.

RAMOS, N. Migrações e alteridade: desafios para a saúde colectiva. In: TEIXEIRA, L. RODRIGUES, S. (Org.). *Psicanálise, saberes e práticas em saúde*. Curitiba: Ed. PR: CRV, 2015b. p. 271-300.

REYNOLDS, D. Improving care and interactions with racially and ethnically diverse populations in healthcare organizations. *Journal of Healthcare Management*, Philadelphia, v. 49, n. 4, p. 237-249, July/Aug. 2004.

SAVIC M. et al. 'We don't have to go and see a special person to solve this problem': trauma, mental health beliefs and processes for addressing 'mental health issues' among Sudanese refugees in Australia. *International Journal Social Psychiatry*, London, v. 62, n. 1, p. 76-83, July, 2015.

SAMOVAR, L. PORTER, R. *Intercultural Communication*. Belmont: Wordsworth Pub, 1988.

SCHIPPERS, E. et al. Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities: a review. *Family Practice*, Oxford, v. 23, n. 3, p. 325-348, Feb. 2006.

SCHIAVO, R. *Health communication: from theory to practice*. San Francisco: John Wiley and Sons, 2007. (Text Series, n. 13).

SCHOUTEN, B.; MEEUWESSEN, L. Cultural differences in medical communication: A review of the literature. *Patient Education and Counseling*, Utrecht, v. 64, n. 1, p. 21-34, Dec. 2006.

SCHOUTEN, B. et al. GPs' Interactional Styles in Consultations with Dutch and Ethnic Minority Patients. *Journal of Immigrant Minority Health*, v. 11, n. 6, p. 468-475, Dec. 2009.

SUE, D.; ARREDONDO, P.; MCDAVIS, R. Multicultural counseling competencies and standards: A call to the profession. *Journal of Counseling & Development*, v. 70, n. 4, p. 477-486, Mar./Apr. 1992.

- SUE, D.; ARREDONDO, P.; McDAVIS, R. Multidimensional facets of cultural competence. *The Counseling Psychologist*, New York, v. 26, p. 790-821, Nov. 2001.
- SUE, D. et al. The case for cultural competency in psychotherapeutic interventions. *Annual Review of Psychology*, v. 60, p. 525-548, Jan. 2009.
- THOMAS, R. K. *Health Communication*. New York: Springer Science, 2006.
- UNESCO. *Déclaration Universelle sur la Diversité Culturelle*. Paris: Unesco, 2001.
- UNESCO. *Convention sur la Protection et la Promotion de la Diversité des Expressions Culturelles*. Paris: Unesco, 2005.
- UNITED NATIONS HIGH COMMISSIONER FOR REFUGEES. *Global trends 2015*. Geneva: UNHCR, 2015.
- VALERO-GARCÉS, C. *Health, communication and multicultural communities: topics on intercultural communication for healthcare professionals*. Newcastle: Cambridge Scholars Publishing, 2014.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Migration and health: towards and understanding of health care needs ethnics minorities*. Netherlands: Ed. M. Colledge: WHO, 1983.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The Amsterdam Declaration: Towards Migrant Friendly Hospitals in an Ethno culturally Diverse Europe*. Amsterdam: MFH: Task Force: WHO, 2004.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Action on the Social Determinants of Health: Learning from previous experiences*. Geneva: WHO, 2005.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Health of migrants – the way forward: report of a global consultation*. Madrid: WHO, 2010.

Informação e comunicação em saúde: um estudo com imigrantes brasileiros em Lisboa

Lyria Reis
Natália Ramos

Introdução

O mundo contemporâneo está marcado pelas migrações e estas fazem parte da vida de milhões de pessoas. De acordo com as Nações Unidas, o número de migrantes internacionais tem crescido em todo o mundo e, em 2015, somavam cerca de 244 milhões de pessoas. (UNITED NATIONS, 2015) O Brasil é um país multicultural, formado maioritariamente pelas populações originais indígenas, pelos portugueses e africanos e também por um grande número de imigrantes de diversas origens étnico-culturais e nacionalidades que chegaram ao país ao longo de toda a sua história. (RIBEIRO, 1995) A partir dos anos 1950 e, intensificando-se nos anos 1980, os brasileiros e brasileiras também se tornaram emigrantes. Devido às relações históricas com o Brasil e à língua portuguesa em comum, entre outros fatores, Portugal, tornou-se um país de eleição como destino migratório para milhares de brasileiros e brasileiras. (MALHEIROS, 2007; REIS, 2014)

A informação e a comunicação em saúde são dimensões fundamentais da vida de todos os indivíduos. Em contexto migratório ter conhecimento e informação adequados sobre os deveres e direitos enquanto imigrantes, sobre o modo de funcionamento dos diversos serviços e, principalmente dos serviços

de saúde existentes e do seu modo de funcionamento são elementos fundamentais para a adaptação e integração de todos os/as imigrantes.

O pouco conhecimento e informação sobre os diversos serviços, principalmente os serviços de saúde e o seu modo e práticas de funcionamento e, também as diferenças culturais (além das crenças, valores, estereótipos e preconceitos diversos) podem causar dificuldades de comunicação e de utilização dos serviços por parte dos usuários imigrantes. (ESTRELA, 2009; RAMOS, 2004, 2008, 2012a; REIS, 2014)

Ao longo desta comunicação realizaremos uma contextualização histórica sobre a imigração e os imigrantes brasileiros em Portugal, sobre o direito à saúde para os imigrantes, sobre a informação e a comunicação em saúde bem como em contexto migratório internacional. E, por fim, apresentaremos os resultados de uma pesquisa que teve como um dos objetivos, analisar de que forma a mudança do Brasil para Portugal poderá afetar a saúde de brasileiros e brasileiras e, também, de que modo o conhecimento, a informação e a comunicação poderão influenciar a saúde destes imigrantes.

Imigrantes brasileiros em Portugal e o direito à saúde

Desde 1500 que brasileiros e portugueses cruzam o Oceano Atlântico. Em alguns momentos da história foram mais portugueses para o Brasil, como por exemplo entre os finais dos anos 1800 até meados de 1960. (ROCHA-TRINDADE, 1999) Mais recentemente e, principalmente a partir dos anos 1980, começou a aumentar o número de brasileiros/as residentes em Portugal. Neste ano residiam legalmente no país 50 mil 750 estrangeiros e 22 mil 411 eram brasileiros/as (11 mil 711 homens e 10 mil 640 mulheres). (PORTUGAL, 2000) Atualmente e, desde 2007, os/as imigrantes brasileiros/as formam a maior comunidade imigrante residente no país. (PORTUGAL, 2016; REIS; RAMOS, 2016)

O maior número de cidadãos/ãs brasileiros/as residentes em Portugal em situação legal ocorreu no ano de 2010 com 119.363 pessoas (52 mil e 478 homens e 66 mil e 885 mulheres). (REIS; RAMOS, 2016) A partir deste ano, com a crise econômica instalada na Europa e muito fortemente em Portugal, o número de brasileiros/as no país começou a diminuir devido a três fatores: retorno ao Brasil (devido a situação econômica do país naquela época); nova

migração para outros países europeus; e aquisição da nacionalidade portuguesa. (PORTUGAL, 2013) Em Portugal, quando um imigrante adquire a nacionalidade portuguesa deixa de ser contabilizado como estrangeiro. Do ano de 2001 a 2015 mais de 60.000 brasileiros adquiriram a nacionalidade portuguesa com um número significativo a partir do ano de 2008. De acordo com o Censo realizado pelo Instituto Nacional de Estatística (PORTUGAL, 2012), em 2011 moravam 109.787 brasileiros/as em Portugal.

A comunidade brasileira atualmente residente em Portugal é bastante diversificada nos aspectos socioeconômicos e culturais. (REIS, 2014) Contudo, alguns autores referem que a imigração brasileira dos anos 80 e 90 do século passado era mais qualificada e posicionada em lugares mais altos no mercado de trabalho. Com o aumento do fluxo de imigrantes brasileiros essas características modificaram-se e houve um aumento do contingente de brasileiros com menores qualificações e ocupando cargos do setor primário no mercado de trabalho. (MACHADO, 2007; PEIXOTO; FIGUEIREDO, 2007)

A língua portuguesa em comum é um dos motivos que tem levado vários brasileiros a procurar Portugal como destino migratório. Contudo, existem diferenças (por vezes significativas) entre a variante do português escrito e falado em Portugal, o português europeu, e da variante brasileira da língua portuguesa usada nas várias regiões do Brasil. (WITTMANN; PEGO; SANTOS, 1995) Essas diferenças podem causar alguma dificuldade de comunicação entre os falantes de língua portuguesa nascidos em países e continentes diferentes como é o caso de Portugal e Brasil conforme referem alguns participantes da pesquisa realizada por Reis (2014). Podemos observar em algumas falas dos participantes deste estudo: “*tive dificuldades de comunicação com os portugueses apesar de falarmos a mesma língua*” (mulher, 23); “*demorei a me acostumar com as palavras, com o português de Portugal*” (mulher, 21) e “*eu tive mais dificuldade foi com a língua e a pronúncia daqui de Portugal*” (homem, 29). (REIS, 2014) Essas diferenças podem ser sentidas em vários contextos, mas podem ser um fator de dificuldade comunicacional em contexto de saúde e nos cuidados de saúde.

Em Portugal, a saúde é um direito de todos e surge no Artigo 64 da Constituição da República Portuguesa - VII Revisão Constitucional de 2005 em que diz no seu primeiro parágrafo que “*Todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover. Este direito é realizado através de um Serviço Nacional de Saúde (SNS) universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito*”. Para assegurar o

direito à proteção da saúde, incumbe prioritariamente ao Estado Português garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação. (PORTUGAL, 2005)

Contudo, nesta época ainda haviam muitos imigrantes residentes em Portugal com dificuldades para aceder aos serviços de saúde e, em 2001 foi publicado no *Diário da República* nº 286, II Série de 12 de dezembro, o Despacho nº 25.360 que garante o acesso à saúde por parte dos imigrantes. Neste sentido foi facultado a todos os cidadãos estrangeiros que residam legalmente em Portugal, o acesso, em igualdade de tratamento aos beneficiários do SNS, aos cuidados de saúde e de assistência medicamentosa, prestados pelas instituições e serviços que constituem o SNS. (PORTUGAL, 2001)

Para poder utilizar o SNS as pessoas devem inscrever-se num Centro de Saúde (CS) da sua área de residência e assim, obterão o número de usuário dos serviços. Há alguns anos era emitido um “Cartão de Utente” (cartão de usuário do SNS). Atualmente e desde 2008, já não é emitido um cartão físico e o número da inscrição está gravado no Cartão de Cidadão, o documento de identificação de cidadão/ã nacional. Para se inscrever num CS o/a estrangeiro/a deve ter um visto ou a Autorização de Residência. Contudo, mesmo os estrangeiros que não tenham uma AR poderão ser atendidos nos serviços. Nesse caso, quando um estrangeiro vive em Portugal há mais de 90 dias e ainda não tem AR no país deve obter um comprovante de residência na Junta de Freguesia de sua área de residência para apresentar no CS e fazer a sua inscrição.

Os imigrantes, de qualquer nacionalidade, portadores de uma AR têm direito ao acesso à saúde do mesmo modo que os cidadãos nacionais. O SNS cobra taxas moderadoras e os usuários imigrantes com AR que efetuam descontos para a Segurança Social e seus dependentes pagam os mesmos valores de taxas moderadoras que os cidadãos nacionais. Aos imigrantes que não tem uma AR poderão ser cobradas as despesas efetuadas e somente estarão isentos de pagamento os cuidados de saúde prestados em situações que ponham em perigo a saúde pública. (PORTUGAL, 2001)

Contudo, mesmo com o direito ao acesso alguns fatores poderão condicionar e dificultar o acesso à saúde pelos imigrantes tais com a situação migratória irregular, a falta de recursos económicos, o desconhecimento do modo de funcionamento dos serviços, as diferenças linguísticas, entre outras, conforme

referem alguns autores. (DIAS et al. 2011; ESTRELA, 2009; RAMOS, 2004, 2007)

Para além da possibilidade de utilização do SNS por parte dos imigrantes com AR, o governo brasileiro tem um acordo de Seguridade Social com a Segurança Social do governo da república portuguesa que, entre outros benefícios, garante a assistência médica para brasileiros em Portugal e portugueses no Brasil. (BRASIL, 1995) Tanto turistas quanto imigrantes brasileiros em Portugal têm direito a utilizar o SNS português com base no acordo entre a Segurança Social (SS) Portuguesa e o Instituto Nacional da Seguridade Social (INSS) no Brasil, firmado em 1991 e que entrou em vigor em 1995. O acordo teve ajustes em 2006 e em 2015, mas manteve sempre o direito à assistência médica. Para terem este direito em Portugal, os brasileiros/as devem solicitar o Certificado de Direito à Assistência Médica (CDAM)¹ junto às regionais estaduais do Ministério da Saúde brasileiro no seu estado de residência antes de viajarem para Portugal.

Além do Despacho nº 25.360, em 7 de maio de 2009, a Direção-Geral da Saúde publicou a Circular Informativa nº12 pelo Departamento de Qualidade na Saúde e Divisão de Mobilidade de Doentes para melhor informar todos os estabelecimentos de saúde, como se dá o acesso à saúde para os imigrantes. Este documento esclarece que mesmo os imigrantes que não têm uma AR podem ter acesso à saúde nos casos urgentes e vitais, nas doenças transmissíveis que representem perigo para a saúde pública (tuberculose ou HIV positivo, por exemplo), cuidados de saúde materno-infantil e saúde reprodutiva, cuidados de saúde de menores de 18 anos e vacinação de acordo com o Plano Nacional de Vacinação. (PORTUGAL, 2009)

Neste sentido, o direito de acesso à saúde está garantido a todos os cidadãos residentes em Portugal, nacionais ou estrangeiros. Contudo, outros aspectos podem dificultar o acesso a este direito por parte dos imigrantes. Um aspecto é o desconhecimento da legislação, tanto por parte dos imigrantes, como por parte de funcionários de alguns serviços. Também podem ocorrer algumas dificuldades de comunicação entre usuários e profissionais dos diversos serviços de saúde.

1 Disponível em: <<http://sna.saude.gov.br/cdam/>>.

Informação e comunicação em saúde

A comunicação em geral é fundamental na nossa vida diária. Todos os seres vivos se comunicam e é através da comunicação que nos relacionamos com os outros e que nos desenvolvemos. A comunicação é fundamental para os seres humanos que se comunicam tanto através de linguagem verbal como não-verbal. Tanto uma quanto a outra, em conjunto, expressa o conteúdo e, também, a relação produzida na interação entre dois ou mais indivíduos.

O processo comunicacional é um processo complexo que envolve não só a linguagem, mas também os sentimentos, as emoções e o contexto cultural dos indivíduos. De acordo com Ramos (2001, 2004, 2007) a comunicação é um processo bidirecional, contínuo, dinâmico, interativo, irreversível, que se produz num determinado contexto físico e social e que influencia o comportamento dos indivíduos.

De acordo com a abordagem sistêmica da comunicação de Gregory Bateson (1981, 1985 apud RAMOS, 2001), a comunicação é um processo dinâmico e interativo cuja base é a relação que se estabelece entre os indivíduos. Não se reduz às mensagens verbais, mas os gestos, as expressões e os silêncios também transmitem mensagens. Toda a mensagem transmite, além de conteúdo informativo, o tipo de relação entre os interlocutores. A comunicação é determinada pelo contexto em que se inscreve e muitos dos problemas e disfuncionamentos relacionais, designadamente em saúde está relacionado com problemas de comunicação. (RAMOS, 2004, 2008, 2012a, 2012b)

A história da interface dos campos da comunicação e da saúde tem quase um século. (RANGEL; NATANSOHN, 2011) Para Teixeira (2004, p. 615) a comunicação em saúde “Diz respeito ao estudo e utilização de estratégias de comunicação para informar e influenciar as decisões dos indivíduos e das comunidades no sentido de promoverem a sua saúde”.

Neste contexto têm sido usados modelos de intervenção sustentados em premissas provenientes das teorias da propaganda política, das teorias da persuasão, que têm como objetivo as alterações comportamentais relacionadas à saúde/doença mediante o convencimento dos indivíduos e, quando o modelo fracassa, atribui-se principalmente à ignorância e incapacidade da população em compreender as mensagens. (RANGEL; NATANSOHN, 2011) Esses modelos não levam em conta os complexos processos de atribuição de sentido aos problemas de saúde e as ações de educação em saúde deparam-se muitas vezes

com barreiras situacionais, cognitivas e culturais, muitas vezes intransponíveis. (RANGEL; NATANSOHN, 2011) Esta situação pode ser ainda mais dificultada em contexto migratório internacional e multicultural quando as diferenças culturais entre autóctones, migrantes e minorias se encontram em contexto de saúde e, particularmente, nos serviços de saúde.

Neste sentido, o constructo “comunicação em saúde” pode ser também compreendido sob vários aspetos tais como: as teorias da comunicação aplicadas ao contexto da saúde; as técnicas de comunicação utilizadas na promoção e prevenção da saúde; a comunicação organizacional em contextos de serviços de saúde; a comunicação/diálogo entre os diversos grupos de profissionais de saúde; a comunicação entre os vários profissionais de saúde e os usuários destes mesmos serviços; o modo de informar os usuários sobre a saúde em geral; a informação e o conhecimento que os indivíduos têm sobre o modo de funcionamento dos serviços de saúde e, também, o modo específico da comunicação entre os profissionais nos diversos serviços de saúde com os usuários dos mesmos.

Para Ramos (2012a), a comunicação no domínio da saúde é da maior importância e tem como objetivo uma melhor informação, capacitação e intervenção face às problemáticas individuais, sociais, organizacionais, multi/interculturais e de cidadania na sociedade contemporânea. Dando continuidade Ramos (2004, p. 298) afirma a comunicação em contexto de saúde “Tem de estar adaptada às capacidades cognitivas, ao nível cultural/educacional, às representações e crenças de saúde, às necessidades individuais, emocionais, sociais, culturais e linguísticas do utente/doente”. Quando o profissional de saúde não está atento a essas necessidades dos pacientes, poderá aumentar o sofrimento, a ansiedade e o *stress* no doente, originar insatisfação quanto à qualidade dos serviços, diminuir a adesão aos tratamentos e aumentar a possibilidade de abandono e/ou descuido na procura de cuidados e serviços de saúde.

Teixeira (2004) refere que não é raro ocorrerem problemas de comunicação entre profissionais de saúde e usuários, principalmente devido às diferentes expectativas, tanto de uns quanto de outros, em relação às intervenções clínicas. Para este autor, as dificuldades de comunicação entre técnicos e usuários dos serviços de saúde têm a ver com o modo de transmissão da informação pelos técnicos de saúde, as atitudes dos técnicos e dos usuários em relação à comunicação, a comunicação afetiva dos técnicos e ainda, a literacia em saúde dos pacientes. Esse autor também considera os problemas de comunicação entre

profissionais de saúde e usuários como geradores de insatisfação com a qualidade dos cuidados e serviços prestados. (TEIXEIRA, 2004)

A comunicação em saúde em contexto migratório também é influenciada pela cultura do imigrante, do usuário, nacional ou de outra cultura, dos profissionais de saúde e dos serviços de saúde. Essa comunicação pode também ser influenciada por estereótipos, preconceitos e discriminações dos profissionais em relação aos usuários e também pela desconfiança dos pacientes em relação aos profissionais. (RAMOS, 2004, 2007, 2012a, 2012b)

Em contexto migratório, a comunicação envolve também as dificuldades que podem surgir do não conhecimento da língua do país de acolhimento, dos diferentes modos de uso de uma mesma língua, por exemplo, o uso da língua portuguesa aprendida nos diversos países de língua oficial portuguesa, das distintas posturas do corpo utilizadas nas diversas regiões e países e, também, do modo como são interpretadas.

Nesse sentido, os imigrantes poderão enfrentar dificuldades relativamente aos serviços de saúde no país de acolhimento devido a diversos fatores tais como o desconhecimento da língua (quando são originários de países com idiomas distintos), as diferenças comunicacionais existentes dentro de uma mesma língua proporcionados pelas diferentes culturas, o desconhecimento do modo de funcionamento dos serviços de saúde, as barreiras organizacionais de acesso aos serviços, o nível socioeconómico do usuário imigrante, entre outras. (DIAS et al., 2011; ESTRELA, 2009) Também os problemas de comunicação, tanto ao nível organizacional como interpessoal, a falta de informação e conhecimento tanto por parte dos imigrantes quanto dos profissionais de saúde, em relação à legislação existente sobre direitos e deveres dos imigrantes nestes serviços são fatores que influenciam a saúde dos imigrantes. Essas dificuldades poderão afetar o relacionamento dos imigrantes com os serviços de saúde e, também, dos serviços em relação aos utentes imigrantes. (RAMOS, 2004, 2007, 2008, 2012a, 2012b)

Ramos (2012b) sublinha ainda que as dificuldades dos profissionais de saúde em estabelecer uma relação compreensiva, empática e afetiva podem conduzi-los a uma atitude de distanciamento e a dificuldade dos imigrantes em compreender os quadros referenciais, sociais e simbólicos, poderá aumentar os preconceitos, as dificuldades de comunicação com os profissionais e a ansiedade no doente. As dificuldades de comunicação poderão também influenciar alguns

comportamentos dos doentes, em relação ao uso de medicação ou ao seguimento dos conselhos profissionais.

Quando a comunicação entre profissionais de saúde e usuários não é eficiente, todo o processo terapêutico poderá ficar comprometido. Incluímos um caso para ilustrar e exemplificar algumas das dificuldades e dos problemas de comunicação que podem ocorrer em contexto de atendimentos em saúde e que pode comprometer tanto a saúde do paciente como a relação paciente/profissional.

A situação ocorreu com uma imigrante do sexo feminino, nascida na região sudeste do Brasil e residente em Lisboa que, ao apresentar sintomas de vertigens procurou atendimento médico num CS do município. Como neste dia não havia médico para o atendimento foi encaminhada para uma consulta, no dia seguinte às 9:00 horas, em outro CS de sua área de residência. No dia seguinte, mesmo com vertigens, a mulher foi sozinha, caminhando e chegou ao CS pouco antes da hora marcada. Ao chegar foi à recepção e explicou a sua situação para a atendente, dizendo-lhe esta que poderia aguardar na sala de espera. Depois de uma hora de espera, a usuária perguntou pela médica e foi informada que esta chegaria às 11:00 horas. Chegada a hora, a médica entrou para a sala de atendimento e, após uns 10 minutos, chamou a usuária para a consulta.

A médica perguntou qual o motivo para a consulta e em resposta a paciente informou a médica que estava sentindo vertigens como se tivesse ingerido bebidas alcoólicas e que só se sentia melhor, sem tonturas, quanto estava deitada de olhos fechados. A médica, dando sequência à consulta, informou que iria medir a tensão da paciente. Para isso, abriu uma gaveta e tirou o estetoscópio e esfigmomanômetro. Neste momento entrou uma funcionária administrativa no consultório levando alguns papéis para serem assinados pela médica. As duas conversaram, a médica assinou os papéis e a funcionária saiu.

A médica continuou o processo de medição da tensão e após o procedimento constatou que a tensão da paciente “estava baixa” nos valores de 100x60. Na sequência, a paciente informou à médica que estes sempre foram os valores normais da sua tensão. Como era verão em Portugal, a médica voltou a afirmar que a tensão estava baixa por causa do calor. Contudo, a paciente relatou para a médica que sempre tinha vivido em um país tropical, que estava acostumada com o calor e que a sua tensão normal era 100x60. Mesmo com estas informações a médica decidiu receitar um medicamento para as vertigens, outro para aumentar a tensão e fez também um encaminhamento para um otorrinolaringologista. Após 10 minutos, a consulta terminou. Ao sair do consultório,

a usuária tentou marcar a consulta para o otorrinolaringologista mas só poderia ser atendida no SNS após três meses. Foi à farmácia e comprou o medicamento para as vertigens e não usou o medicamento para aumentar a tensão.

Muitas e variadas poderão ser as dificuldades de comunicação dos utentes migrantes com os diversos serviços e profissionais de saúde nos países que acolhem imigrantes mas é necessário que todos estejam conscientes dessas dificuldades e procurem estabelecer relações empáticas em contexto de saúde e principalmente, nos contextos multiculturais para superar as barreiras comunicacionais e relacionais.

Informação, comunicação e cuidados de saúde de imigrantes brasileiros em Lisboa

Considerando estas questões Reis (2014) realizou uma investigação exploratória utilizando uma abordagem biopsicossocial da saúde onde estudou a migração, saúde e qualidade de vida de imigrantes brasileiros em Portugal. Nesta pesquisa estudou a influência que a migração internacional de mulheres e homens brasileiros para Portugal poderá ter nos diversos aspectos relacionados à saúde destes indivíduos, imigrantes brasileiros residentes na região de Lisboa. Com a investigação pretendeu analisar de que modo o conhecimento, a informação e a comunicação em saúde se configuram como fatores dificultadores nos cuidados e práticas de saúde e no acesso aos serviços de saúde destes homens e mulheres brasileiros residentes no país.

Para atingir os objetivos deste trabalho foi utilizado um inquérito com perguntas fechadas e abertas, a 120 imigrantes brasileiros (67 sexo feminino; 53 sexo masculino), com idades compreendidas entre os 19 e os 64 anos (média = 30,8), residentes em Portugal há um ano ou mais, inquérito aplicado em contexto de entrevista no local escolhido pelo/a entrevistado/a após esclarecimento e consentimento.

As questões centraram-se no processo migratório, nas condições habitacionais e laborais, nas condições de saúde, nos hábitos e estilos de vida e qualidade de vida. Nos aspectos de saúde, foram analisadas a percepção do estado de saúde, a procura e utilização de serviços de saúde (médico e odontológico), tanto no Brasil como em Portugal, a frequência de práticas preventivas e rastreios,

as crenças sobre saúde e percepções sobre a sua saúde desde que viviam em Portugal.

Relativamente à migração os entrevistados foram questionados quanto às facilidades e dificuldades que encontraram em Portugal e a língua portuguesa foi apontada como um facilitador para a emigração de brasileiros para Portugal. Contudo existem diferenças culturais e linguísticas que, a princípio, dificultam o estabelecimento de uma comunicação efetiva entre cidadãos que nasceram e cresceram no Brasil e em Portugal. As diferenças culturais, de comportamentos e a comunicação com cidadãos e nos serviços foram apontados como dificuldades encontradas em Portugal por imigrantes brasileiros.

Alguns dos entrevistados relataram dificuldades no seu processo de adaptação e integração no país que podem estar relacionadas à comunicação, tais como as diferenças culturais (20 pessoas), o convívio social com cidadãos nacionais (10 pessoas) e a comunicação com cidadãos e serviços (13 pessoas). A fala dos entrevistados indica dificuldades de comunicação em geral como observamos nos relatos a seguir: *“Tive dificuldades de comunicação com os portugueses apesar de falarmos a mesma língua”* (mulher, 23); *“Demorei a me acostumar com as palavras, com o português de Portugal”* (mulher, 21); *“Eu tive mais dificuldade foi com a língua e com a pronúncia daqui”* (homem, 29); *“Tive alguma dificuldade com a língua e na integração com os portugueses. Ainda hoje tenho mais contatos com brasileiros”* (homem, 64).

Analisamos a procura por atendimento médico entre estes imigrantes e 75 pessoas (62,5%) tinham feito uma consulta médica há menos de 1 ano. Quando analisamos por gênero, foram as pessoas do sexo feminino (50; 74,7%) que procuraram consultas médicas mais recentemente comparativamente ao sexo masculino (25; 47,2%). As mulheres normalmente recorrem mais frequentemente aos serviços de saúde que os homens (TRAVASSOS et al., 2002) e, também, foram as que mais procuraram atendimento em Portugal. Os homens entrevistados que viviam há menos tempo no país e que não tinham experimentado nenhum problema em sua saúde, ou seja, nenhuma doença, não tinham recorrido a serviços de saúde em Portugal.

Os imigrantes também foram questionados em que país tinham feito a última consulta e 77 pessoas (64,2%) relataram ter procurado atendimento médico em Portugal, 42 pessoas (35%) no Brasil e uma pessoa recorreu aos serviços em Espanha. Na comunicação apresentada pelo doutor Carlos Matias Dias (2009) na Conferência - Saúde dos Migrantes, Perspectivas Socioeconômicas,

este autor referiu que cerca de 9,9% dos brasileiros entrevistados também já havia procurado cuidados de saúde no estrangeiro e apontaram como motivos: os preços mais baixos (32,7%), a falta de confiança no serviço português (31,3%), a inexistência em Portugal do cuidado pretendido (11,9%), o receio de não serem compreendidos (9,0%) e ainda, a recusa de cuidados em território nacional (5,1%). A percentagem foi maior entre as mulheres (70,1%) que entre os homens (56,6%) (DIAS, 2009)

No que se refere à saúde bucal, o nosso estudo evidenciou que 63 pessoas (52,5%) procuraram este tipo de atendimento em Portugal e 57 pessoas (47,5%) buscaram atendimento no Brasil. Observamos alteração de comportamentos relativamente à saúde bucal, especificamente na procura por atendimento odontológico. Ocorreu uma diminuição da percentagem de brasileiros que procuram atenção odontológica, uma vez ou mais vezes ao ano, passando de 77,3% para 32,1% no gênero masculino, e de 86,7% para 44,7% no gênero feminino. Dos entrevistados 54 indivíduos (45%) relataram não ter sentido necessidade enquanto 66 (55%) já necessitaram de atendimento odontológico. Contudo, dos 66 indivíduos que tiveram necessidade, 7 (10,6%) disseram ainda não ter resolvido o problema, pois ainda não procuraram atendimento, 1 (1,5%) procurou atendimento na Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa, 2 (3,0%) procuraram atendimento dentário através do seguro de saúde, 8 (12,1%) procuraram um dentista português e 48 (72,7%) procuraram um dentista brasileiro. Estes resultados demonstram a importância da identidade étnico-cultural no desenvolvimento da confiança no profissional de saúde. Os imigrantes acreditam que um profissional de saúde da mesma nacionalidade, que “fala a mesma língua” compreenderá melhor o problema por ele relatado.

No âmbito da saúde, as diferentes posturas profissionais e diferentes recomendações (protocolos médicos) poderão também gerar dificuldades na relação dos imigrantes com os serviços de saúde bem como algumas dificuldades de comunicação. O imigrante tem uma história anterior vivida em um contexto cultural diferente, marcado por crenças, valores e costumes diversos que irá condicionar os seus parâmetros de avaliação da sua condição de vida e de saúde atual no país de acolhimento. Desta forma, se o profissional de saúde (médicos, dentistas, etc.) que o atendia no Brasil indicava a realização de análises clínicas e exames complementares anualmente e se os profissionais no país de acolhimento seguem protocolos diferentes e indicam uma frequência divergente, este fator poderá influenciar na comunicação e na relação de confiança entre ambos,

por exemplo, a recomendação de se fazer mamografia anualmente (relatado por mulheres no Brasil) ou bianualmente como tem sido feito em Portugal atualmente. Neste sentido é necessário aumentar a literacia em saúde dos usuários dos serviços e também a informação sobre o modo de funcionamento dos mesmos para que possam compreender os motivos da realização (ou não) de procedimentos em contextos de cuidados de saúde.

Dos 120 participantes desta pesquisa, 29 pessoas (24,2%) relataram alguma dificuldade ou obstáculo quanto à utilização dos serviços de saúde em Portugal, sendo as principais: o tempo de espera para o atendimento (18 pessoas), dificuldades para fazer o cartão de usuário (4 pessoas), a educação dos profissionais/mau atendimento (6 pessoas), o tempo demorado para conseguir marcar uma consulta e ter o atendimento (2 pessoas), a burocracia com papéis (2 pessoas), o não encaminhamento para especialistas (2 pessoas), a dificuldade de comunicação com os profissionais/técnicos de saúde (2 pessoas), a pouca informação sobre o funcionamento dos serviços (1 pessoa), a falta de profissionais (1 pessoa) e a necessidade de pagamento (1 pessoa).

O SNS funciona em dois níveis: os CS e os Hospitais e, como já foi relatado anteriormente, todos os imigrantes podem ser atendidos no SNS mas devem estar inscritos em um CS. O Despacho nº 25360/2001 do Gabinete do Ministro da Saúde de Portugal (PORTUGAL, 2001), permite e garante o acesso aos cuidados de saúde e de assistência medicamentosa prestados pelas instituições e serviços que constituem o SNS a todos/as os/as cidadãos/as estrangeiros/as que residam legalmente em Portugal em igualdade de tratamento ao dos beneficiários do SNS. Neste sentido, também os serviços de saúde devem estar devidamente informados e capacitados para prestar o atendimento adequado a todos os que dele necessitam.

O SNS realiza cobrança de taxas moderadoras e, caso o/a estrangeiro/a não seja um residente legal no país poderá ter que fazer pagamento integral dos serviços prestados, excetuando algumas condições. As diferenças do modo de funcionamento do SNS relativamente ao Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro e desconhecimento da realidade do funcionamento dos serviços pode ser um fator que dificulta a relação do usuário imigrante com os serviços de saúde.

Os testemunhos dos entrevistados relatam as dificuldades encontradas: “*Eu acho que há falta de informações sobre os procedimentos burocráticos para ter acesso ao serviço e falta de respeito e paciência, tanto dos funcionários como do corpo médico*”. (mulher, 30); “*Principalmente na dificuldade no que diz respeito ao*

encaminhamento para especialista, isso aqui é muito difícil". (mulher, 39); *"Para mim foi principalmente o tempo de espera para a consulta e a dificuldade de comunicar com o médico"*. (feminino, 44); *"Porque eu não tenho contrato de trabalho e não tenho segurança social e aqui é muito difícil fazer o cartão de utente"*. (masculino, 27); *"O principal mesmo é a demora no atendimento"*. (masculino, 31); *"A diferença de atendimento quando você vai só ou acompanhada de um cidadão nacional. Me tratam melhor quando meu marido vai comigo"*. (mulher, 46). Alguns imigrantes também relataram a diferença em procedimentos técnicos que, por comparação, causam estranheza nos usuários entrevistados como o citado por uma mulher de 28 anos que teve filhos no Brasil e em Portugal: *"Quando eu tive meu bebê, colocaram uma coisa, tipo uma mola de roupa no umbigo do meu filho. Lá no Brasil não era assim"*.

Algumas pessoas que participaram desta pesquisa relataram dificuldades em fazer a inscrição nos CS e, dos 120 participantes, 23 (19,2%) disseram ainda não ter o número de usuário e, neste sentido, não podem ser atendidos normalmente no SNS, o que se dará apenas em casos de urgências/emergências e não estarão isentos de pagamento. Dos que relataram não ter o número de inscrito 11 residiam em Portugal há mais de 1 e menos de 2 anos, 5 viviam no país entre 2 a 3 anos, 4 entre 4 a 5 anos, 1 de 6 a 7 anos e 2 moram no país há mais de 8 anos e não tem cartão de utente do SNS.

Analisando os dados obtidos nesta investigação observamos que o desconhecimento da realidade local tem influenciado a comunicação e a saúde destes imigrantes brasileiros em Portugal.

Considerações finais

Muitas das dificuldades encontradas pelos imigrantes no país de acolhimento referem-se às dificuldades comunicacionais e ao desconhecimento do modo de funcionamento dos serviços em geral e dos serviços de saúde em particular. Algumas das dificuldades relatadas foram sentidas e estão intimamente relacionadas com a subjetividade do sujeito, com o conhecimento prévio que a pessoa tem da sua realidade anterior pré-migração e atual, o pouco conhecimento sobre o modo de funcionamento dos serviços e também com as expectativas que cria, situações estas que podem ser minimizadas com treino intercultural e informações adequadas, corretas e objetivas para todos os/as imigrantes.

Muitas poderão ser as dificuldades de comunicação dos usuários imigrantes com os diversos serviços e profissionais de saúde nos países que acolhem imigrantes, mas é necessário que todos estejam conscientes dessas dificuldades e procurem estabelecer relações empáticas em contexto de saúde e principalmente, nos contextos multi e interculturais. No mundo atual globalizado em que as migrações são uma realidade constante, é muito importante que os profissionais de saúde tenham formação pré e pós-graduada sobre comunicação intercultural e sejam treinados para trabalhar em contextos multiculturais. Os profissionais de saúde também precisam de conhecer e compreender as diferenças existentes entre os vários utilizadores dos serviços de saúde.

Muitos dos problemas enfrentados pelos imigrantes na área da saúde são relativos ao pouco conhecimento e informação relativos a estas questões no novo país de residência. Muitas das dificuldades enfrentadas pelos imigrantes no contexto da saúde poderiam ser minimizadas caso os mesmos tivessem mais informação e conhecimento sobre saúde, sobre o modo de funcionamento dos serviços de saúde, sobre as diversas legislações referentes a esses temas e ainda, se os intervenientes nesta comunicação (profissionais e usuários dos serviços) tivessem mais treino intercultural, isto é, que as pessoas estejam mais preparadas para enfrentar e comunicar em diversas situações interculturais com mais sucesso.

Uma comunicação adequada entre profissionais e usuários dos serviços de saúde é muito importante para estabelecer relações de confiança e adesão dos pacientes aos tratamentos, sendo benéfico tanto para a saúde em geral, como para o bem-estar e qualidade de vida de todos os indivíduos.

Referências

BRASIL. Ministério da Fazenda. Secretaria da Previdência. *Acordo de seguridade Social ou Segurança social entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República Portuguesa*. Brasília, 7 maio 1995. Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/arquivos/office/3_081014-105451-161.pdf>.

DIAS, C. M. Utilização dos cuidados de saúde pelos imigrantes. *Conferência Saúde dos Migrantes - Perspectivas socioeconómicas*. Lisboa: Fundação Merck, 2009.

DIAS, S. et al. Barreiras no acesso e utilização dos serviços de saúde pelos imigrantes: a perspectiva dos profissionais de saúde. *Acta Medica Portuguesa*, Lisboa, v. 24, n. 4, p. 511-516, jul./ago. 2011.

ESTRELA, P. A saúde dos imigrantes em Portugal. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, n. 25, p. 45-55, 2009.

MACHADO, I. R. Reflexões sobre a imigração brasileira em Portugal. *Nuevo Mundo Mundos Nuevos*, n. 7, 2007. Disponível em: <<http://nuevomundo.revues.org/document5889.html>>. Acesso em: 17 mar. 2010.

MALHEIROS, J. M. (Org.). *Imigração brasileira em Portugal*. Lisboa: ACIDI, 2007.

PEIXOTO, J.; FIGUEIREDO, A. Imigrantes brasileiros e mercado de trabalho em Portugal. In: MALHEIROS, J. M. (Org.). *Imigração brasileira em Portugal*. Lisboa: ACIDI, 2007.

PORTUGAL. Assembléia da República. Constituição da República Portuguesa. Sétima Revisão Constitucional – 2005. *Diário da República*, n. 155 – I Série - A, de 12 de agosto de 2005. Lisboa: Assembleia da República: Divisão de Edições, 2005. Disponível em: <<https://www.parlamento.pt/ArquivoDocumentacao/Documents/CRPVIIrevisao.pdf>>.

PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde. *Circular Informativa n. 12/DQS/DMD*, de 07 de maio de 2009. Acesso dos Imigrantes ao Serviço Nacional de Saúde. Lisboa, 2009. Disponível em: <<http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/circular-informativa-n-12dqsmdm-de-07052009.aspx>>.

PORTUGAL. Instituto Nacional de Estatística. A população estrangeira em Portugal. *Destaque - Informação à comunicação social*. 2012. Disponível em: <http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=150126943&DESTAQUESmodo=2>.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Despacho n. 25360/2001, de 16 de novembro de 2001. *Diário da República*, 2.ª Série, n. 286 de 12 de dezembro de 2001, p. 20597-20598.

PORTUGAL. Ministério da Administração Interna. Serviço de Estrangeiros e Fronteiras. *Estatística Millennium 2000*. Núcleo de Planeamento. Lisboa, 2000. Disponível em: <http://sefstat.sef.pt/Docs/Rifa_2000.pdf>. Acesso em: 6 set. 2016.

PORTUGAL. Serviço de Estrangeiros e Fronteiras. *Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo - 2012*. Oeiras: Serviço de Estrangeiros e Fronteiras, 2013. Disponível em: <<http://sefstat.sef.pt/Docs/Rifa%202012.pdf>>.

PORTUGAL. Serviço de Estrangeiros e Fronteiras. *Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo 2015*. Oeiras: Serviço de Estrangeiros e Fronteiras, 2016. Disponível em: <<http://sefstat.sef.pt/Docs/Rifa2015.pdf>>. Acesso em: 6 set. 2016.

RAMOS, N. Comunicação, cultura e interculturalidade: para uma comunicação intercultural. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, Coimbra, Ano 35, n. 2 p. 155-178, 2001.

RAMOS, N. *Psicologia clínica e da saúde*. Lisboa: Universidade Aberta, 2004.

RAMOS, N. Comunicação e interculturalidade nos cuidados de saúde. *Psychologica*, n. 45, p. 147-169, 2007.

RAMOS, N. *Saúde, migração e interculturalidade*. João Pessoa: UFPb, 2008.

RAMOS, N. Comunicação em saúde e interculturalidade – Perspectivas teóricas, metodológicas e práticas. *RECIIS – Revista Eletrônica de Comunicação Informação & Inovação em Saúde*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 4, dez. 2012a. Disponível em: <<http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/742/1385>>. Acesso em: 8 set. 2016.

RAMOS, N. Cuidados de saúde e comunicação na sociedade multicultural: discutindo interculturalidade(s), práticas e políticas em saúde. *Revistainter-legere*, n. 11, 2012b. Disponível em: <<http://www.cchla.ufrn.br/interlegere/11/pdf/es01.pdf>>. Acesso em: 14 jan. 2013.

RANGEL, M. L.; NATANSOHN, G. Comunicação e saúde: sob o signo da tuberculose. In: PORTO, C. M.; BROTAS, A. M. P.; BORTOLIERO, S. T. (Org.). *Diálogos entre ciência e divulgação científica: leituras contemporâneas*. Salvador: EdUFBA, 2011. p. 179-198. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>. Acesso em: 8 set. 2016.

REIS, L. M. *Migração, saúde e qualidade de vida: brasileiros residentes na região de Lisboa*. 2014. 366 f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Universidade Aberta, Lisboa, 2014.

REIS, L. M.; RAMOS, N. Migração, aculturação e saúde bucal de brasileiras e brasileiros residentes em Lisboa, Portugal. *Revista Ciência Plural*, Natal, v. 2, n. 1,

p. 56-68, 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/9868>>. Acesso em: 6 set. 2016.

RIBEIRO, D. *O povo brasileiro: a formação e o sentido do Brasil*. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

ROCHA-TRINDADE, M. B. História das migrações portuguesas: um olhar para o passado. *Janus*: 1999-2000: um olhar para o passado, Lisboa, 1999.

TEIXEIRA, J. A. C. Comunicação em saúde: Relação técnicos de saúde – utentes. *Análise Psicológica*, Lisboa, v. 22, n. 3, p. 615-620, set. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v22n3/v22n3a21.pdf>>. Acesso em: 6 set. 2016.

TRAVASSOS, C. et al. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, v. 11, n. 5/6, p. 365-373. 2002.

UNITED NATIONS. Department of Economic and Social Affairs. *International Migration Report 2015*. Highlights. United Nations: New York, 2015. Available in: <http://www.un.org/en/development/desa/population/migration/publications/migrationreport/docs/MigrationReport2015_Highlights.pdf>. Acesso em: 6 set. 2016.

WITTMANN, L.; PEGO, T.; SANTOS, D. Português do Brasil e de Portugal: alguns contrastes. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE LINGUÍSTICA, 11., 1995. Lisboa. *Actas...* Lisboa: Associação Portuguesa de Linguística, 1995. p. 465-487. Disponível em: <<https://www.linguateca.pt/Diana/download/WittmannPegoSantosAPL95.pdf>>. Acesso em: 8 set. 2016.

Educação e comunicação em saúde reprodutiva de mulheres timorenses em Portugal e Timor-Leste

Helena Isabel Borges Manuel

O planeamento familiar como componente da saúde sexual e reprodutiva

A saúde sexual e reprodutiva, além de ser fundamental para os indivíduos, casais e famílias, contribui para o desenvolvimento das comunidades e das nações. O mau estado de saúde com origem na sexualidade e na reprodução permanece uma importante causa evitável de morte, incapacidade e sofrimento, particularmente entre as mulheres dos países em desenvolvimento.

O planeamento familiar é um dos componentes da saúde sexual e reprodutiva. A prestação de cuidados de saúde nesta área tem como objetivos promover a vivência da sexualidade de forma saudável e segura; regular a fecundidade segundo o desejo do casal; preparar para uma maternidade e paternidade responsáveis; reduzir a mortalidade e a morbidade materna, perinatal e infantil; reduzir a incidência das infeções sexualmente transmissíveis e as suas consequências; e melhorar a saúde e o bem-estar da família. (TIMOR-LESTE, 2008)

A comunicação desempenha um papel vital no planeamento familiar, para que uma escolha informada possa ter lugar. Uma comunicação eficaz confere às pessoas o poder de procurarem o que é melhor para a sua própria saúde e

para exercerem o seu direito a cuidados de saúde com qualidade. As decisões relativas ao nascimento dos filhos e à utilização de métodos contraceptivos têm maior probabilidade de satisfazer as necessidades das pessoas quando refletem os seus desejos e valores e são baseadas em informações credíveis e relevantes, além de medicamente apropriadas. Para fazerem escolhas informadas, as pessoas necessitam de ter conhecimentos sobre planeamento familiar, de ter acesso a um conjunto de métodos e de obter apoio, nas suas escolhas individuais, por parte das políticas sociais e normas comunitárias. Neste âmbito, os programas de comunicação revestem-se de especial importância, uma vez que constituem um complemento à informação recebida através dos técnicos de saúde. (UPADHYAY, 2001)

A comunicação de mensagens relativas ao planeamento familiar pode, no entanto, constituir um desafio, uma vez que se reporta a aspetos muito pessoais da vida, onde existem barreiras sociais e culturais que inibem a discussão aberta do tema. Também pode revestir-se de alguma dificuldade, em virtude de determinadas informações importantes serem complexas e/ou técnicas, ou poderem mudar à medida que vão surgindo novos resultados de pesquisas feitas nesse campo. Além do mais, a comunicação não se resume à questão de transmitir informação e assumir que ela será entendida e utilizada. Uma comunicação em saúde eficaz envolve a transformação de conhecimentos de saúde em mensagens que possam ser facilmente entendidas, aceites e postas em prática pela audiência pretendida. Isto implica frequentemente o uso de mensagens de saúde expressas em termos de crenças tradicionais das pessoas e de sistemas de valores, e não em termos técnicos. Para tal, devem ter-se em consideração os fatores sociais, políticos, económicos, religiosos e ambientais que influenciam o comportamento das pessoas. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1997)

Síntese histórica de Timor-Leste

Timor-Leste situa-se na região do Sudeste Asiático, na área do Índico-Pacífico, ocupando a parte leste da ilha de Timor. Após quatro séculos de colonização portuguesa, deu-se em 1975 a sua invasão e posterior anexação pela Indonésia, tendo a população mantido resistência contra os invasores. A 30 de agosto de 1999, teve lugar um referendo em que os timorenses votaram maioritariamente a favor da independência, o que desencadeou um surto de violência e destruição

ao longo de todo o território por parte de milícias pró-integração e de militares indonésios, forçando a deslocação de grande parte da população. Esta situação deu origem a uma complexa operação humanitária, seguida de um período de administração transitória liderada pelas Nações Unidas. A 20 de maio de 2002, tornou-se um país independente e passou a denominar-se “República Democrática de Timor-Leste”.

Foi sobretudo a partir de 1975 que a migração de timorenses se tornou mais significativa. Como consequência do repressivo regime militar indonésio, milhares de timorenses deixaram o território e procuraram refúgio no exterior, tendo sido Portugal e a Austrália os principais países de acolhimento. A vinda de timorenses para Portugal constituiu assim, para a maior parte deles, uma migração forçada e, para muitos, uma situação transitória. (VIEGAS, 1997) Posteriormente, um novo grupo de timorenses procurou refúgio em Portugal devido à crise que se seguiu ao referendo de 1999. Em 2001, chegaram a Portugal diversos estudantes bolseiros, vindos ao abrigo do Programa de Cooperação com Timor-Leste na área da Educação. Com a independência de Timor-Leste cessou o estatuto de refugiado em relação aos timorenses, tendo alguns regressado ao seu país, e muitos foram trabalhar para outros países.

Alguns aspetos socioculturais

Os timorenses são classificados em grupos etnolinguísticos, com características próprias em termos de língua, costumes, materiais produzidos e estilos arquitetónicos. (HICKS, 2001) São faladas em Timor-Leste 16 línguas, muitas delas subdivididas em dialetos locais (HULL, 2004), sendo o português e o tétum as línguas oficiais.

Os timorenses, sendo tradicionalmente animistas, dirigem o seu culto aos espíritos de antepassados e a objetos comuns sagrados, considerados portadores de poderes sobrenaturais, guardados nas casas sagradas (*uma lulik*). A realização de rituais costuma estar associada a diversos acontecimentos da vida, nomeadamente o nascimento, o casamento, a morte e atividades laborais, consistindo, essencialmente, em oferendas e sacrifícios de animais que terminam, em regra, com um banquete em que é consumida a carne das vítimas. Os portugueses introduziram o catolicismo, mas foi particularmente durante a ocupação indonésia que o número de católicos cresceu, representando atualmente 98%

da população, existindo também alguns protestantes, muçulmanos e hindus. (TIMOR-LESTE; ICF MACRO, 2010) Subsistem, no entanto, muitas das suas crenças e práticas tradicionais.

Um aspecto significativo da cultura timorense está relacionado com a família, sendo esta a base a partir da qual se edifica toda a sua complexa estrutura social. Segundo Hicks (2001), as famílias usam o casamento para criar ou reforçar laços proveitosos entre eles próprios. A propriedade da terra e a elegibilidade para cargos políticos são transmitidas ao membro de um grupo (linhagem ou clã) recrutado primariamente pela descendência. Isto passa através da linha paterna entre a maior parte dos grupos etnolinguísticos, sendo acompanhado por um dote, uma oferta ao grupo dador da mulher, que tem como resultado a integração dos descendentes do casal na linhagem ou “casa” (*uma*) do avô paterno e a noiva ir viver com o seu marido junto ao povoado do pai deste. No entanto, alguns grupos têm um sistema de descendência matrilinear, em que os filhos se tornam membros da linhagem da mãe, indo o noivo residir próximo do pai da sua esposa. Mesmo quando casam pela Igreja, geralmente o homem e a mulher casam-se primeiro de forma tradicional, que se designa em tétum por *barlake*, sendo o valor do dote negociado entre as famílias. Embora este tenha sido progressivamente abandonado ou tornado simbólico por algumas famílias, mantém-se frequente em certos grupos etnolinguísticos.

Desenvolvimento humano e situação de saúde reprodutiva em Timor-Leste

Timor-Leste tem 1 167 242 habitantes e uma taxa de crescimento anual de 1,81%. (TIMOR-LESTE, 2015) Possui um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,595, ocupando o 133º lugar num total de 188 países. (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2015) Os indicadores de saúde têm apresentado melhorias recentes, mas uma elevada proporção da população continua a viver abaixo da linha de pobreza, dependendo principalmente da agricultura. No que respeita a questões de género, a condição das mulheres timorenses tem sido particularmente desfavorável. Além de os homens beneficiarem de mais oportunidades em termos de acesso ao emprego e à educação, as mulheres têm menos poder no seio da família e pouca participação nas reuniões da comunidade, onde são muitas vezes silenciadas.

(PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2002)

A situação de Timor-Leste relativa à saúde reprodutiva constituiu uma das principais preocupações de saúde no período pós-independência. (TIMOR-LESTE; UNITED NATIONS POPULATION FUND; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004) Inquéritos à população revelaram uma das mais elevadas taxas de fecundidade do mundo (7,8 filhos por mulher), a par com uma taxa de utilização de métodos contraceptivos de 9,7%, ligeiramente superior nas zonas urbanas relativamente às rurais. As mulheres possuidoras de escolaridade secundária eram as principais utilizadoras, sendo método injetável o mais popular. (TIMOR-LESTE; UNIVERSITY OF NEWCASTLE; AUSTRALIAN NATIONAL UNIVERSITY; ACIL AUSTRALIA PTY, 2004) Esses resultados, conjugados com a situação de pobreza, as limitações de saúde e o elevado grau de iliteracia da população, levaram o governo de Timor-Leste a considerar o planeamento familiar como um dos fatores determinantes para a intervenção no âmbito da saúde reprodutiva, a fim de reduzir as taxas de mortalidade materna e infantil através da melhoria da saúde das mães e do espaçamento dos nascimentos. A aprovação oficial da Política Nacional de Planeamento Familiar deu-se em 2004, sendo apoiada pela maior parte da população, incluindo líderes da Igreja Católica de Timor-Leste. (TIMOR-LESTE, 2004) Neste âmbito, foi concebido um Programa de Planeamento Familiar com três componentes chave: fornecimento de serviços, recursos humanos e atividades de Informação, Educação e Comunicação (IEC). É dado grande ênfase à educação, uma vez que constitui um fator essencial no desenvolvimento de comportamentos de procura da saúde e de tomada de decisão sobre saúde reprodutiva. Quanto às abordagens de comunicação como a IEC, o marketing social e as técnicas de comunicação para a mudança de comportamento, representam tentativas sistemáticas de exercer uma influência positiva sobre as práticas de saúde da população. (TIMOR-LESTE; UNITED NATIONS POPULATION FUND; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004)

Posteriormente, a taxa de fecundidade desceu para 5,7 e a taxa de utilização de métodos contraceptivos aumentou para 22,3%, sendo 86% das gravidezes desejadas. (TIMOR-LESTE; ICF MACRO, 2010) Quanto à taxa de mortalidade materna, desceu consideravelmente nos últimos anos, tendo passado de 557/100 000 (TIMOR-LESTE; ICF MACRO, 2010) para 215/100 000 nados vivos. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015)

Crenças, atitudes e práticas de planeamento familiar em Timor-Leste

As crenças, atitudes e práticas de planeamento familiar de timorenses residentes em Timor-Leste foram analisadas por Manuel (2012), num estudo etnográfico efetuado entre 2005 e 2007. Neste, participaram profissionais de saúde, parteiras tradicionais, mulheres e casais pertencentes a onze grupos etnolinguísticos, além de membros do governo, presidência, clero e outros informantes privilegiados.

Os resultados desse estudo confirmam que em Timor-Leste subsiste uma organização social tradicional, em que a família alargada desempenha um papel significativo numa economia essencialmente agrícola. Os filhos são muito valorizados por darem continuidade à família, perpetuando a transmissão de bens e valores culturais, e por ajudarem no desempenho de diversas tarefas. O *barlake* mantém-se em muitas famílias, levando os casais a desejarem um elevado número de filhos. É comum considerarem que “ter muitos filhos é uma boa sorte” ou “uma riqueza”. Alguns timorenses consideram que o tamanho da família é algo que depende de Deus e sentem-se felizes ao aceitarem o número de filhos que lhes é concedido. Quanto à preferência de sexo, são associadas vantagens a cada um deles, masculino e feminino. Por um lado, ter filhas traz riqueza para as famílias ao receberem bens de valor mais elevado devido ao *barlake*; por outro, ter filhos é vantajoso por estes colaborarem nas tarefas agrícolas e virem a ser os herdeiros da terra das famílias, por assegurarem a continuação da linhagem ou da geração e a transmissão dos bens e das tradições familiares.

O baixo estatuto da mulher timorense e a sua subordinação ao marido dão origem a que as decisões dependam em grande parte do seu acordo. É geralmente o homem quem determina o número de filhos do casal, podendo a família deste exercer também influência a este nível. Embora algumas mulheres desejem limitar o número de filhos, nomeadamente as que têm acesso a informações sobre os benefícios do planeamento familiar, por vezes deparam-se com a oposição do marido quando pretendem utilizar métodos contraceptivos, o que pode originar violência conjugal.

Na época colonial portuguesa, os timorenses não tinham conhecimentos sobre planeamento familiar, o recurso à contraceção era muito limitado e baseado, essencialmente, em medicamentos à base de plantas e outras práticas

tradicionais. Após os indonésios terem invadido e começado a governar o território, foi introduzido em Timor-Leste um programa de planeamento familiar, Keluarga Berencana ou KB na língua indonésia, que tinha, tal como em toda a Indonésia, o objetivo de controlar o crescimento populacional através da disseminação de conselhos sobre contraceção por parte de clínicas provinciais e locais. Era organizado através do Conselho Nacional para o Planeamento Familiar (BKKBN) e, do ponto de vista da saúde pública, estava em grande medida separado de outros serviços deste setor. (PEDERSEN; ARNEBERG, 1999)

Um dos obstáculos à sua implementação relacionou-se com a falta de apoio por parte dos representantes da Igreja Católica, os quais, de um modo geral, apenas em determinadas situações de risco aceitavam o recurso a métodos contraceptivos “artificiais”. Além disso, muitas mulheres não só não reconheciam os possíveis benefícios destes métodos, como também os consideravam prejudiciais à saúde e ao desempenho das suas tarefas diárias. É referido o facto de não terem sido prestados muitos esclarecimentos à população, sendo o seu objetivo frequentemente entendido apenas no sentido da redução do número de filhos. A adesão ao programa foi mais fácil por parte daquelas que reconheciam o valor do espaçamento dos nascimentos em relação à economia do agregado familiar e à saúde da mãe e do filho.

Após a independência, apesar de ter sido implementado um programa nacional de planeamento familiar pelo governo timorense, muitas mulheres ainda têm falta de acesso a informação e a métodos contraceptivos, pois a sua divulgação e o acesso aos serviços são insuficientes em determinadas zonas do país. As parteiras são as principais prestadoras de serviços de planeamento familiar; no entanto, o seu número é insuficiente para as necessidades do país, sobretudo em meio rural, e muitas delas necessitam de mais formação nessa área.

Em todos os distritos, os jovens solteiros não têm geralmente acesso aos serviços de planeamento familiar. A falta de conhecimentos e de acesso à contraceção ao iniciarem a vida sexual antes do casamento leva a que ocorram com frequência gravidezes não planeadas. As questões ligadas à sexualidade são pouco abordadas na sociedade timorense, havendo falta de diálogo com os pais sobre esse assunto. Um sinal revelador de mudança é o facto de atualmente, nas escolas secundárias de Timor-Leste, já começarem a ser abordados temas ligados à saúde sexual e reprodutiva, com o apoio de profissionais de saúde. O fortalecimento da prestação de informação e capacitação dos jovens, famílias e comunidades constitui, precisamente, uma das abordagens estratégicas da

Estratégia Nacional de Saúde Reprodutiva, no que respeita à saúde sexual e reprodutiva dos jovens. (TIMOR-LESTE; UNITED NATIONS POPULATION FUND; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004)

Entre os timorenses que não se mostram interessados em aderir ao planeamento familiar, os motivos variam. Muitos sentem-se satisfeitos por terem uma família numerosa, podendo necessitar da colaboração dos filhos nas tarefas agrícolas. Os efeitos secundários que as mulheres associam a diversos métodos contraceptivos também desencorajam o seu uso. Por esse motivo, e por serem os únicos aprovados pela Igreja Católica, alguns casais recorrem aos métodos naturais.

Em Timor-Leste, os métodos contraceptivos disponíveis nos centros de saúde são a injeção trimestral (Depo-Provera), a pílula combinada, o implante (Norplant), o Dispositivo Intra-Uterino (DIU) e o preservativo masculino. Os métodos cirúrgicos (laqueação tubária e vasectomia) são realizados nos hospitais. Nos postos sanitários são fornecidos a injeção, a pílula e o preservativo, mas nem sempre há disponibilidade de serviços de planeamento familiar devido a falta de material, de recursos humanos qualificados e de infraestruturas adequadas. A nível das clínicas móveis os serviços de planeamento familiar são escassos, e mesmo inexistentes em alguns distritos. A má previsão das necessidades contraceptivas e o atraso na requisição de material que ocorre em vários distritos tem como consequência a rutura de *stocks* e a interrupção do fornecimento de métodos contraceptivos aos seus utilizadores.

O método contraceptivo mais utilizado é a injeção, cuja administração é mais cómoda quando comparada com a pílula, que tem bastantes utilizadoras, mas em que os esquecimentos são frequentes.

Alguns casais recorrem aos métodos naturais por serem os únicos aprovados pela Igreja Católica, mas também devido a contra-indicações ou a efeitos secundários atribuídos a outros métodos. No entanto, os métodos naturais, dos quais o do calendário é o mais utilizado, são frequentemente difíceis de levar a cabo devido aos baixos níveis educacionais de grande parte da população. Algumas falhas atribuídas a este método encontram-se, por vezes, associadas ao não cumprimento, por parte do homem, do período de abstinência.

Embora esteja a diminuir, mantém-se a utilização de métodos contraceptivos tradicionais. A prática da abstinência sexual pós-parto para prevenção da gravidez é referida por alguns timorenses, durante um período variável que pode ir de quarenta dias até dois anos. Há mulheres que consideram que a aplicação

de calor através da ingestão de água quente, do banho com água quente e/ou da permanência da puérpera junto à fogueira podem evitar a gravidez. Algumas consideram a possibilidade de engravidarem caso permaneçam no útero, após o parto, resíduos de “sangue coagulado”.

No passado, o recurso a medicamentos tradicionais era uma das formas de controlo da fecundidade a que os timorenses tinham acesso, que diminuiu com a entrada em vigor do programa de planeamento familiar e a disponibilização de métodos contraceptivos “modernos”. No entanto, há quem continue a utilizá-los, por vezes devido a efeitos colaterais associados a outros métodos. São habitualmente as/os parteiras/os tradicionais que fornecem os medicamentos tradicionais, sendo a sua composição frequentemente mantida em segredo, por receio de perda da sua eficácia.

A prática de “virar o útero” após o parto para prevenção da gravidez também é mencionada por algumas parteiras tradicionais. Há timorenses do grupo etno-linguístico *fataluku* que referem a prática do *mamunu*, que consiste em proferir palavras rituais, combinadas com a ação de soprar-cuspir, frequentemente uma mistura de bétel e areca, em determinada parte do corpo, acompanhada de massagem.

Conhecimentos, atitudes e práticas de planeamento familiar de mulheres timorenses residentes em Portugal

Noutro estudo realizado por Manuel (2007), foram analisados os conhecimentos, atitudes e práticas, relativamente ao planeamento familiar, de mulheres timorenses residentes em Portugal, na Área Metropolitana de Lisboa. Além de se ter procurado estabelecer um paralelo entre a situação vivida em Timor-Leste e a que passou a verificar-se após a vinda destas mulheres para Portugal, foram também identificadas as principais mudanças ocorridas com a mudança de contexto sociocultural.

Contactou-se que os filhos são muito valorizados pelas mulheres timorenses. Além de ser emocionalmente gratificante, ter filhos é para muitas delas culturalmente importante na medida em que tal significa riqueza e assegura a continuidade da família. Educar os filhos, obter ajuda e proteção no futuro também são fatores considerados relevantes.

Estas mulheres desejam ter filhos de ambos os sexos. O número que referem como ideal varia entre dois e oito, manifestando a maioria vontade de ter mais filhos em relação aos que têm atualmente. Apresentam, no entanto, alguns fatores que condicionam esse desejo e constituem motivos para a redução do número de filhos adicionais ao residirem em Portugal, nomeadamente as dificuldades económicas que se fazem sentir no país e o facto de terem deixado de contar com o apoio de uma família alargada. Para algumas, a mudança de meio sociocultural, o acesso a mais informação e a entrada num diferente mundo de trabalho são fatores que têm influência nas suas atitudes em relação à fecundidade, levando-as ao desejo de limitar o número total de filhos. Opera-se, assim, uma modificação da imagem tradicional da mulher, ligada à maternidade, abrindo-se-lhes as portas a outros papéis.

Grande parte das participantes no estudo obteve conhecimentos sobre planeamento familiar através de informações fornecidas por técnicos de saúde, tendo este processo sido mais significativo em Portugal. Os meios de comunicação e os contactos sociais também foram mencionados, tanto em Timor como em Portugal. É feita referência ao facto de certos padres terem desenvolvido ações de ensino sobre o assunto em Timor-Leste.

Estas mulheres estão, em geral, mais informadas sobre planeamento familiar após a sua vinda para Portugal, e algumas delas não tinham sequer conhecimentos relativos ao assunto em Timor-Leste. Consta-se a existência de algumas limitações ou obstáculos ao planeamento familiar, praticamente todos decorrentes da situação vivida em Timor-Leste por se tratar de uma sociedade fechada, onde pouco se falava de questões ligadas à sexualidade e ao planeamento familiar. De acordo com algumas timorenses residentes em Portugal, a falta de informação levava a que ficassem com ideias negativas sobre o assunto, o que se devia, em grande parte, ao tipo de educação e à falta de diálogo com os pais. Por outro lado, também existia oposição, por parte de representantes da Igreja Católica mais conservadores, à utilização de métodos contraceptivos que não os naturais, atitude que foi alvo de críticas por parte de algumas destas mulheres.

Também foi revelado que o elevado nível de iliteracia dos timorenses dificultava a aceitação do planeamento familiar, sobretudo em meio rural, onde há menor acesso à informação e à educação. Algumas mulheres timorenses não tinham, quando em Timor-Leste, quaisquer conhecimentos relativos ao assunto; outras já tinham alguma informação mas todas elas ficaram, de um modo geral, mais esclarecidas após a vinda para Portugal.

Outra limitação residia no medo que vários timorenses tinham do programa de planeamento familiar indonésio pelo facto de recearem as suas possíveis consequências, na medida em que o mesmo era acusado de ser coercivo e de ir contra os direitos humanos. (SISSONS, 1997) Para alguns, tinha como objetivo a esterilização das mulheres timorenses e, pela via da contenção da reprodução, a consequente extermínio do povo timorense. Tal seria, ainda, coadjuvado pelo processo de transmigração de indonésios para o território timorense. De acordo com Pedersen e Arneberg (1999), o programa KB pode ter, no mínimo, carecido de consentimento informado, levando à desconfiança por parte de alguns timorenses. Reforçando esta ideia, informantes privilegiados afirmaram que havia falta de esclarecimentos relativamente aos métodos contraceptivos quando estes eram fornecidos pelos indonésios, pelo que se deduz a existência de falhas a nível do processo de comunicação.

Algumas mulheres atribuem importância ao planeamento familiar pelos benefícios para a saúde que daí podem resultar, pelo facto de o espaçamento dos nascimentos e da diminuição do seu número lhes permitir ter maior disponibilidade e atenção para com os filhos, e, também, por poder prevenir problemas conjugais.

A necessidade de recorrerem ao planeamento familiar tornou-se particularmente evidente para algumas timorenses que, ao virem para Portugal, foram confrontadas com as exigências da vida profissional e cidadina. Elas reconhecem que, dessa forma, podem conciliar a maternidade com a vida profissional com maior facilidade, para além dos benefícios económicos daí resultantes. Algumas consideram ainda que os conhecimentos sobre planeamento familiar são importantes para a prevenção de situações de risco nos jovens.

Quanto à utilização de serviços de planeamento familiar, apenas uma mulher admite tê-lo feito em Timor-Leste. No entanto, a situação modificou-se em Portugal, uma vez que a maioria já recorreu a estes serviços em centros de saúde, hospitais ou centros de atendimento a jovens desde a sua chegada ao país.

Estas mulheres tiveram, na sua maioria, gravidezes não planeadas, originadas pela falta de conhecimentos sobre contraceção e à falha ou interrupção dos métodos utilizados. Muitas já tinham ouvido falar de métodos contraceptivos em Timor-Leste, mas poucas os tinham utilizado. Em Portugal, passaram a estar mais informadas e a recorrer mais à contraceção, sendo também mais amplo o leque de métodos utilizados.

Algumas mulheres atribuem consequências negativas a certos métodos contraceptivos. Ao DIU são associados, como efeitos secundários, a hemorragia, a dor e rejeição. Um dos métodos mais utilizados por este grupo de mulheres é a pílula, que dizem provocar vômitos, emagrecimento e danos nos ovários. Finalmente, surge a injeção contraceptiva, à qual são atribuídos aumentos de peso, problemas nas vias respiratórias e hemorragias. Estes efeitos levaram, em certas situações, à interrupção do método utilizado. Em relação ao método natural do calendário, é apontada a sua baixa eficácia devido à relativa frequência com que ocorrem gravidezes nas suas utilizadoras.

Existe, na maior parte das vezes, partilha das decisões relativas ao planeamento familiar com o parceiro, o que é significativo, tendo em conta a situação geral de subordinação da mulher ao homem em Timor-Leste.

Pode depreender-se, da análise efetuada, que o fraco recurso à contraceção em Timor-Leste poderá estar em parte relacionado com as preferências das mulheres em termos de fecundidade, uma vez que várias delas gostariam de ter mais filhos caso se encontrassem no seu país. No entanto, em Portugal sentem maior necessidade de limitar o seu número, pelo que esse facto poderá ter tido influência no aumento do recurso à contraceção.

Por outro lado, a falta de informação e de acesso – sobretudo nas zonas rurais – ao planeamento familiar por parte das mulheres timorenses, em simultâneo com a desaprovação manifestada pela Igreja Católica e com a desconfiança que algumas sentiam relativamente ao programa indonésio, terão potenciado essa situação em Timor-Leste.

A vinda destas mulheres para Portugal terá, assim, levado ao desaparecimento de alguns obstáculos e ao aumento da sua adesão ao planeamento familiar. A existência de maior abertura em termos sociopolíticos e o acesso à informação e a serviços de saúde com mais qualidade constituem fatores que contribuíram para algumas modificações nas suas representações e práticas relativamente ao planeamento familiar.

Considerações finais

Em Timor-Leste, a saúde reprodutiva é uma área que tem sido alvo de grande atenção e preocupação por parte dos governantes timorenses e de diversas organizações internacionais. Além de um passado histórico conturbado e de

limitações inerentes ao sistema de saúde, fatores de diversa ordem – sociocultural, económica e ambiental – contribuem para a precária situação atual.

A implementação das políticas de saúde pública e o recurso, por parte das mulheres e suas famílias, aos serviços oferecidos a nível do sistema de saúde envolvem diversos problemas, nomeadamente as condições de acesso, a falta de infraestruturas públicas de saúde bem apetrechadas, a carência de recursos humanos qualificados e, também, a discrepância existente entre uma oferta médica moderna e um modelo tradicional de saúde que tem por base crenças e práticas de saúde derivadas da herança etnocultural dos timorenses.

A melhoria do estatuto da mulher na sociedade timorense e a sua participação e representação em todas as instâncias também se reveste de grande importância e constitui um desafio para o país. A educação desempenha aqui um papel fundamental, sendo de prever que, à medida que Timor-Leste se vai desenvolvendo e que as gerações mais jovens de mulheres adquirem níveis de educação mais elevados, a procura de métodos de regulação da fecundidade e de cuidados de saúde materno-infantil eficazes aumente.

Embora tenham ocorrido vários fluxos migratórios ao longo do tempo, foi sobretudo devido ao repressivo regime militar indonésio, que durou vinte e quatro anos, que milhares de timorenses se viram forçados a deixar o território e a procurar refúgio no exterior, tendo sido Portugal um dos principais países de acolhimento.

O processo de aculturação e de adaptação a um novo contexto social, cultural e económico das mulheres timorenses que vieram para Portugal revestiu-se de algumas dificuldades, e teve reflexos no seu comportamento reprodutivo. O contacto com um meio cultural diferente, a modificação da sua estrutura familiar, o desempenho de novos papéis sociais e alguns problemas económicos levaram à redução do número desejado de filhos. As suas representações e práticas relativamente ao planeamento familiar sofreram algumas mudanças, para o que contribuíram fatores como a transição para uma sociedade mais aberta e com características distintas em termos sociais, políticos e religiosos, e o acesso a serviços de saúde com mais qualidade.

Estes resultados realçam a importância da capacitação dos profissionais de saúde para lidarem com os diferentes grupos culturais, uma vez que as dificuldades de comunicação resultantes do desconhecimento dos valores, crenças e práticas de saúde dos utentes podem comprometer a qualidade e a eficácia da comunicação e dos cuidados de saúde prestados.

A complexidade que envolve a prestação de cuidados de saúde a indivíduos provenientes de diversos contextos culturais, com diferentes línguas, culturas e religiões, e também necessidades de saúde específicas, tem originado uma preocupação crescente com a questão da promoção da competência cultural.

Segundo Campinha-Bacote (2003, 2011), a competência cultural é um processo contínuo através do qual o profissional de saúde se esforça constantemente por ter capacidade e disponibilidade para trabalhar efetivamente no contexto cultural do paciente, seja o indivíduo, a família ou a comunidade.

Cada grupo cultural tem características específicas, pelo que não se deve obedecer a um modelo rígido, mas proceder a uma adaptação aos diversos condicionalismos, respeitando as tradições, a cultura, conceitos morais e religiosos.

Referências

- CAMPINHA-BACOTE, J. *The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: A culturally competent model of care*. Cincinnati, OH: Transcultural C.A.R.E. Associates, 2003.
- CAMPINHA-BACOTE, J. Coming to Know Cultural Competence: An Evolutionary Process. *International Journal for Human Caring*, Grand Rapids, MI, v. 3, n. 15, p. 42-48, Sept. 2011.
- HICKS, D. Traditional Society in East Timor. In: GOMES, M. A. C. (Coord.). *Cerâmicas de Timor Loro Sa'e*. Lisboa: Centro Científico e Cultural de Macau, 2001. p. 37-46.
- HULL, G. *The Languages of East Timor: Some Basic Facts* (Revised 24.8.2004). Díli: Instituto Nacional de Linguística: Universidade Nacional de Timor Lorosa'e, 2004. Available in: <<http://www.ramelau.com/tetun/facts.html>>. Access on: 20 set. 2016.
- MANUEL, H. I. B. *Conhecimentos, atitudes e práticas sobre planeamento familiar de mulheres timorenses residentes em Portugal*. Lisboa: Alto Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas, 2007. Disponível em: <http://www.om.acm.gov.pt/documents/58428/179891/8_HIBM.pdf/c3476622-dd10-4d34-827a-884e1e67d28a>. Acesso em: 18 fev. 2018.
- MANUEL, H. I. B. *Crenças, atitudes e práticas de saúde reprodutiva em Timor-Leste: uma abordagem intercultural*. 2012. 732 f. Tese (Doutoramento em Psicologia, especialidade de Psicologia Intercultural) - Universidade Aberta, Lisboa.

Orientadora: Natália Ramos. Disponível em: <<https://repositorioaberto.uab.pt/handle/10400.2/2211>>. Acesso em: 18 fev. 2018.

PEDERSEN, J.; ARNEBERG, M. *Social and Economic Conditions in East Timor*. Oslo: Fafo Institute of Applied Social Science, 1999. Available in: <<http://gov.east-timor.org/MAFF/ta200/TA201.pdf>>. Access on: 18 fev. 2018.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. *Relatório do Desenvolvimento Humano de Timor Leste - Ukun Rasik A'an: o Caminho à Nossa Frente*. Díli: PNUD, 2002. 99 p.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. *Relatório do Desenvolvimento Humano 2015: o trabalho como motor do desenvolvimento humano*. New York: PNUD, 2015. 40 p.

SISSONS, M. *From One Day to Another: Violations of Women's Reproductive and Sexual Rights in East Timor*. Melbourne: East Timor Human Rights Centre, 1997. 46 p.

TIMOR-LESTE. Direcção Geral da Saúde. *Saúde Reprodutiva. Planeamento Familiar*. Edição revista e atualizada. Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 2008. 68 p.

TIMOR-LESTE. Direcção Nacional de Estatística. *Population and Housing Census 2015: Preliminary Results*. Díli: DNE - Ministério das Finanças, 2015. 28 p.

TIMOR-LESTE. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Planeamento Familiar*. Díli: Ministério da Saúde & United Nations Population Fund, 2004. 21 p.

TIMOR-LESTE. Ministério da Saúde; UNITED NATIONS POPULATION FUND; WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Estratégia Nacional de Saúde Reprodutiva 2004-2015*. Díli: Ministério da Saúde, 2004. 72 p.

TIMOR-LESTE. Ministério da Saúde e Direcção Nacional de Estatística; UNIVERSITY OF NEWCASTLE; AUSTRALIAN NATIONAL UNIVERSITY; ACIL AUSTRALIA PTY. *Estudo Demográfico e de Saúde, Timor-Leste 2003: conclusões chaves*. Díli: Ministério da Saúde, 2004. 72 p.

TIMOR-LESTE. National Statistics Directorate – Ministry of Finance; ICF MACRO. *Timor-Leste Demographic and Health Survey 2009-10*. Díli: National Statistics Directorate & ICF Macro, 2010. 395 p.

UPADHYAY, U. D. Informed Choice in Family Planning: Helping People Decide. *Population Reports*, XXIX (1), Series J, 50. Baltimore: Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health, Population Information Program, 2001. Available in: <<https://www.k4health.org/sites/default/files/j50.pdf>>. Access on: 18 fev. 2018.

VIEGAS, T. V. *Migrações e associativismo de migrantes: estudo do caso timorense*. 1997. 330 f. Dissertação (Mestrado em Relações Interculturais) - Universidade Aberta, Lisboa, 1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Family Planning and Population Unit. *Communicating Family Planning in Reproductive Health: Key messages for communicators*. Geneva: WHO: Department of Reproductive Health and Research, 1997. 57 p. Available in: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63777/1/WHO_FRH_FPP_97.33.pdf>. Access on: 18 fev. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Trends in maternal mortality: 1990 to 2015: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division*. Geneva: WHO, 2015. 77 p. Available in: <<http://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-05/trends-in-maternal-mortality-1990-to-2015.pdf>>. Access on: 06 dez. 2017.

Comunicação intercultural em saúde: contributos para a formação e cuidados de enfermagem

Alcinda Reis
Ana Spínola

A comunicação intercultural nos cuidados de enfermagem

A evidência científica tem revelado a necessidade de que os enfermeiros comuniquem de forma adequada em contextos culturalmente diversos, como profissionais culturalmente competentes que cuidam das pessoas de acordo com as suas especificidades culturais. (MACHADO; PEREIRA; MACHAQUEIRO, 2010)

Identifica-se a importância do desenvolvimento das competências culturais nos enfermeiros para que se torne possível a implementação de cuidados culturalmente adequados às pessoas imigrantes, nos diferentes contextos onde eles ocorrem. Contudo vêm sendo identificadas diferentes dificuldades na promoção da saúde das famílias imigrantes na prática clínica dos enfermeiros, entendendo-se os imigrantes como as pessoas originárias de um país estrangeiro e que se encontram documentadas quando detentoras de título de residência (PORTUGAL, 2012); Degazon (2011) considera que são imigrantes documentados num país de acolhimento, aqueles que obtiveram ou aguardam a obtenção de um estatuto legal de residência.

A comunicação intercultural estabelece-se entre quem cuida e quem é cuidado, registando-se equidade neste processo e obtendo-se como resultado a

redução das disparidades relacionadas com diversidades étnicas e culturais das pessoas. Campinha-Bacote (2011) identifica a comunicação intercultural como essencial ao desenvolvimento das competências culturais nos enfermeiros. Cabe aqui a explicitação de que para esta autora a competência cultural resulta de um conjunto de habilidades que os enfermeiros precisam desenvolver, para conseguirem cuidar todas as pessoas de forma central e individualizada. Outros autores identificam a importância de que enfermeiros consciencializem as suas crenças, práticas e valores ao procurarem a centralidade dos cuidados, posto que se verificam frequentemente tensões entre a sua própria cultura, a cultura dominante nas organizações prestadoras de cuidados de saúde e a das pessoas imigrantes. (DURIEUX-PAILLARD, 2011; INGLEBY, 2011; REIS, 2015) É nesse contexto que a prática clínica dos enfermeiros com pessoas e famílias imigrantes, coloca um desafio fundamental – o de poder e saber valorizar-se cada indivíduo no seu contexto e na sua cultura específica, de acordo com a sua unicidade; apesar disto, identificam-se poucos estudos sobre esta temática em Portugal como sublinham Abreu (2011) e Reis (2015).

Para Campinha-Bacote (2002, 2011) a competência cultural é definida como um processo contínuo, em que os profissionais de saúde vão progressivamente adquirindo a capacidade para trabalhar dentro do contexto cultural da pessoa individual, família e/ou comunidade. Este processo alicerça-se em constructos, definidos como: desejo cultural, consciência cultural, conhecimento cultural, habilidade cultural e encontro cultural; a autora releva a importância da sua articulação para uma prática clínica culturalmente competente.

O desejo cultural é conceptualizado por Campinha-Bacote (2011) como a motivação inicial dos profissionais de saúde, ou nalguns casos como aquela que vai sendo progressivamente desenvolvida. A comunicação intercultural é um ponto fundamental para este percurso de desenvolvimento, como identificam os estudos de Abreu (2011) e Reis (2015). Na investigação da última autora, este tipo de motivação apresenta-se desenvolvida pelos enfermeiros de forma gradual e nem sempre consciente – surge associada ao aprofundamento das relações interpessoais entre estudante e/ou enfermeiro e pessoa cuidada. Identifica que os enfermeiros em contexto de cuidados a imigrantes, gerem em primeira instância a imprevisibilidade das situações; o aprofundamento das relações interpessoais e do processo de comunicação intercultural entre o nós e os outros ao longo do tempo, emerge frequentemente a par de uma motivação crescente para se cuidar na diversidade cultural, como também sugere Vega (2010).

Neste processo de interação, os enfermeiros vão conseguindo “[...] construir ativamente semelhanças culturais com as pessoas, aprendendo com elas, garantindo desta forma a coerência cultural nos cuidados.” (REIS, 2015, p. 53)

Por outro lado a noção da diversidade cultural entre quem cuida e quem é cuidado é conotada para Campinha-Bacote (2011) como consciência cultural. Nesta lógica, o enfermeiro aprende com quem é culturalmente diverso de si mesmo, tal como Leininger (2001) identificou. A necessidade de desenvolvimento deste tipo de consciência no contexto de formação é apontada por Reis (2015), valorizando-se a importância da estimulação da capacidade introspectiva do estudante – futuro enfermeiro, relativamente às suas próprias características culturais.

Para Campinha-Bacote (2011) a pesquisa ativa de diversas fontes por estudantes e enfermeiros, enquadra o desenvolvimento do seu respetivo conhecimento cultural. Esta procura efetiva constitui-se garante da harmonização entre diferentes crenças e valores – entre quem cuida e quem é cuidado – como apontam Abreu (2011) e Reis (2015). Na mesma sequência estes autores enfatizam a importância da associação entre: mobilização de conhecimento cultural e capacidade de negociação na prática clínica de enfermagem, como promotoras da adesão aos cuidados propostos, entre profissionais e imigrantes.

A habilidade cultural é conceptualizada por Campinha-Bacote (2002, 2011), como a capacidade de recolher dados relevantes do ponto de vista cultural, contextualizados às necessidades e problemas da pessoa/família a cuidar. O desenvolvimento desta habilidade implica como já propôs Leininger (2001), a condução adequada de uma colheita de dados (culturalmente contextualizada), com vista ao planeamento de intervenções aceites pela pessoa, porque individualizadas às suas necessidades. Decorre num processo de reciprocidade e negociação, atingindo-se assim a profundidade necessária na recolha de dados em cada situação tal como apontam Ingleby (2011) e Durieux-Paillard (2011).

Na proposta do modelo explanatório de Abreu (2011), identificam-se um conjunto de itens a serem considerados na avaliação inicial das pessoas e famílias imigrantes, a saber: informação genérica, cultura e doença, representações face ao problema de saúde identificado, integração cultural e linguagem/comunicação. Em 2015, Reis associa a estes, outros itens que considera fundamentais na colheita de dados para a intervenção subsequente a estas pessoas: questões de género, do controle social familiar, da extensão das famílias cuidadas, das suas referências culturais e da reflexão dos riscos da mobilização de familiares

como intérpretes na prática clínica – igualmente identificados por Vega (2010), Ingleby (2011) e Durieux-Paillard (2011) – estes achados foram então considerados fundamentais para a reorientação de estratégias pedagógicas com estudantes da licenciatura em enfermagem.

A interação entre enfermeiros e pessoas de um *background* culturalmente diverso do seu, foi considerado por Campinha-Bacote (2011), como encontro cultural. Relewa-se a importância de uma ampla variedade de respostas que deverão ser estimuladas, a fim de que possam enviar-se e receber-se um conjunto de sinais verbais e não verbais no processo de comunicação intercultural. A manutenção da interação em continuidade, para que possam ser validados, refinados ou mesmo modificados valores, crenças e/ou práticas de saúde culturalmente enraizados, é também apontada como importante por outros autores nos encontros culturais. (ABREU, 2011; REIS, 2015)

É nessa sequência que se enfatiza que desde a licenciatura em enfermagem, se deverão identificar e prevenir riscos de estereótipos e de homogeneização dos grupos culturais com os estudantes. A implementação de estratégias pedagógicas em ensino teórico, indutoras da capacidade reflexiva e analítica dos estudantes, surge no contexto da prevenção destes riscos, como identificam Abreu (2011) e Madeira (2015). A aquisição das competências para produção de respostas adequadas às diversas situações de cuidados de saúde, decorre de acordo com a mesma autora da implementação de estratégias estimulantes do processo reflexivo – nomeadamente confrontando os estudantes com situações que encontrarão em contexto real, de ensino clínico.

Contextualizando a prática clínica com imigrantes, Campinha-Bacote (2011), identifica a cultura – onde residem os alicerces identitários de cada pessoa – simultaneamente como fator potencial de conflito a ter em conta nos cuidados de saúde, mas também como oportunidade de que os profissionais desenvolvam a sua capacidade de compaixão; relewa-se como fundamental trabalhá-la na prática clínica de enfermagem, para que se desenvolva a sensibilidade e a compreensão das situações do ponto de vista do outro, quer por estudantes quer por enfermeiros, tal como sugerem Costa (2008) e Vega (2010). A capacidade de compaixão pelo outro desenvolver-se-á assim, a par de um compromisso de autorreflexão e de um profundo respeito pelos próprios valores e crenças, bem como pelos dos outros de quem se cuida.

A alternância entre ensino teórico e ensino clínico na licenciatura em enfermagem, cria oportunidades de confronto dos estudantes consigo mesmos,

como se identifica nos estudos de Reis (2015) e Madeira (2015). Nestes contextos de formação a comunicação intercultural e a construção de competências culturais, estão associadas à descoberta cultural, como produtora de insights e do desenvolvimento da estrutura cognitiva nos estudantes de enfermagem, pelas experiências vivenciadas em situações de cuidados, como refere Costa (2008).

A definição e a mobilização de estratégias pedagógicas em contexto de formação em enfermagem, como potencialmente promotoras da gênese da construção das competências culturais nos estudantes da licenciatura – que se apresentam em seguida – ancoraram-se nas evidências produzidas pelo estudo de Reis (2015).

Desenvolvimento metodológico

Inicialmente foi desenvolvida uma investigação indutiva, de orientação etnográfica, visando-se a reconstituição dos significados do processo de comunicação intercultural e das competências culturais nos enfermeiros. (FLICK, 2005; STREUBERT; CARPENTER, 2013)

Integraram este estudo um grupo de cinquenta e dois participantes voluntários, constituído por vinte e sete imigrantes, vinte e três enfermeiros, um mediador cultural e um médico, sendo oito do sexo masculino e quarenta e quatro do sexo feminino. As idades dos participantes variaram entre os dezanove e os cinquenta e cinco anos. De acordo com Flick (2005), o grupo foi sendo constituído pela técnica de amostragem de bola de neve, sendo que aos participantes – mediador cultural e médico – se atribuiu, de acordo com Durand e Blais (2003), o estatuto de assegurarem a garantia de validade interna do estudo, face ao domínio conceptual sobre o fenómeno considerado.

Como métodos de recolha de dados mobilizaram-se: análise de narrativas focalizadas nos momentos de encontro cultural entre enfermeiros e imigrantes (considerando o indivíduo e as famílias) de acordo com a proposta de Bogdan e Biklen (2010); observação participante com uma primeira etapa de registo descritivo e posteriormente focalizada aos momentos de interação e cuidados entre enfermeiros e imigrantes (SPRADLEY, 1980); recorreu-se também a dois grupos de discussão [em momentos distintos, um para enfermeiros e um para imigrantes] – procurou-se assim, como apontou Geoffrion (2003), a compreensão

do comportamento e das atitudes dos sujeitos; recorreu-se ainda a entrevistas semi-diretivas a todos os tipos de participantes, de acordo com a proposta de Flick (2005).

Procurou-se a articulação entre a clareza nos objetivos do estudo e a utilização dos diferentes métodos para a recolha de dados (FLICK, 2005), tendo sido respeitados os princípios éticos na investigação, com respeito à proteção de dados e participantes. A sua recolha decorreu após assinatura do consentimento informado como prevê a Declaração de Helsínquia (2008), clarificando-se sempre que necessário a sua mensagem, bem como os fins para que a informação seria utilizada. Procedeu-se ao seu desenvolvimento e finalização, após emissão de parecer favorável ao estudo, pela comissão de ética a que havia sido submetido.

Identificaram-se as evidências na primeira investigação produzida face ao desenvolvimento da comunicação intercultural em contextos de cuidados de saúde, e aos seus contributos para a formação na licenciatura em enfermagem. Nesta sequência, optou-se numa segunda fase pelo estudo de caso-análise em contexto de sala de aula, mobilizando narrativas de enfermeiros – considerando que a análise destas, com a estratégia mencionada, seria estruturadora para os estudantes, de uma organização cognitiva inicial, passível de ser mobilizada posteriormente em momentos de interação nos diferentes contextos de cuidados com imigrantes.

De acordo com Stake (2012), perspetivou-se que através das experiências narradas e vividas pelos diferentes atores, se estruturasse a análise compreensiva do processo de cuidados desenvolvido pelo estudante. Desenhou-se deste modo uma oportunidade que se considerou significativa para estes – a de vivenciarem uma experiência de aprendizagem contextualizada à avaliação e planeamento da intervenção com as pessoas imigrantes, em consonância com as suas especificidades culturais familiares.

Partiu-se de estímulos – narrativas de situações reais vividas pelos enfermeiros. Apelou-se à participação ativa do estudante nos processos, assumindo-se como pressuposto que a idealização e o desenvolvimento de cenários de aprendizagem é uma estratégia educativa potenciadora do desenvolvimento de competências para enfrentar os desafios que se colocam em contexto de cuidados. (AMENDOEIRA et al., 2014) Tal como identificam os mesmos autores, os cenários criados e trabalhados com os estudantes, foram assumidos como uma forma de simulação, ou seja como uma estratégia de construção de saberes

e competências em contexto de formação em enfermagem, no caso presente – em ambiente de escola.

Para desenvolvimento de situações-estímulo com os estudantes, os professores constituíram-se como elemento facilitador, promovendo momentos de discussão e reflexão. Ancorados nas referências de enfermagem de família pesquisadas, promoveram a análise das narrativas produzidas por enfermeiros, definindo com os estudantes quais os objetivos concretos a serem atingidos no processo de cuidados com a família imigrante. Para tal os estudantes foram organizados em grupos de trabalho, de acordo com as diferentes narrativas – constituídas situações-estímulo.

Partindo dos conceitos previstos no instrumento de colheita de dados para avaliação da pessoa/família imigrante utilizado por Campinha-Bacote (2011) – Listen, Explain, Aknowledge, Recommend, Negotiate (LEARN) –, procedeu-se ao desenvolvimento do estudo de caso-análise com os estudantes:

- Na primeira fase, estruturaram-se os grupos por narrativa atribuída;
- Na segunda fase, cada grupo iniciou a leitura e análise da sua narrativa, descontextualizando os diferentes excertos, ilustrativos na perspetiva dos estudantes, dos diferentes conceitos previstos no instrumento fornecido;
- Na terceira fase, procuraram a fundamentação da sua análise, recorrendo à revisão da literatura;
- Na quarta fase, construíram-se diferentes cenários passíveis de serem mobilizados numa intervenção culturalmente coerente a cada situação em causa;
- Na quinta e última fase, procedeu-se à apresentação e discussão plenárias dos estudos de caso elaborados por cada grupo.

Estratégias de aprendizagem e resultados obtidos

As diferentes etapas percorridas no estudo de caso-análise descrito corporizaram a implementação das estratégias de ensino e aprendizagem sugeridas pelos resultados do estudo anteriormente desenvolvido. Decorrentes da avaliação final efetuada entre estudantes e professores, foram identificadas mais-valias na mobilização da estratégia desenvolvida, nas seguintes áreas até então pouco consciencializadas pelos estudantes no planeamento dos cuidados à pessoa/família imigrante:

- A necessidade de uma colheita de dados culturalmente coerente, ao encontro das propostas de Abreu (2011) e Ingleby (2011).
- A sensibilização para a importância da comunicação efetiva entre quem cuida e quem é cuidado, de acordo com Vega (2010) e Durieux-Paillard (2011).

Da discussão plenária desenvolvida após análise fundamentada das situações-estímulo trabalhadas por cada grupo, emergiram duas áreas de problematização a mobilizar na preparação dos encontros culturais entre estudantes e famílias imigrantes:

- A mobilização indiscriminada de familiares como intérpretes, no processo de comunicação intercultural configura facilmente riscos para imigrantes, familiares e estudantes/enfermeiros, relacionados com o inadequado enquadramento da mensagem veiculada e com a preservação da privacidade e intimidade de quem é cuidado, tal como identificam diversos autores. (DURIEUX-PAILLARD, 2011; INGLEBY, 2011)
- A capacidade de gestão da imprevisibilidade dos futuros enfermeiros e dos profissionais em contexto clínico está intimamente relacionada com o desenvolvimento da sua consciência e conhecimento culturais, tal como identificou Costa (2008).

Ambas as áreas foram consideradas como essenciais ao desenvolvimento do processo de comunicação intercultural – base da promoção da adesão dos imigrantes/ famílias aos cuidados que lhes são propostos, como propõem Vega (2010) e Abreu (2011).

No âmbito da avaliação inicial das famílias imigrantes, os estudantes identificaram a partir da análise e discussão das situações-estímulo, que a utilização de um instrumento de colheita de dados culturalmente adaptado, é de vital importância. Na avaliação final das aquisições desenvolvidas, relativamente à mobilização específica do instrumento – LEARN, salientaram:

- A necessidade de identificação das formas de escuta mais adequadas ao *Listen*, bem como da aprendizagem de diferentes estratégias de comunicação que poderão ser mobilizadas em contexto de cuidados (para o *Explain*).
- A importância da consulta de diferentes fontes para pesquisa ativa, visando o desenvolvimento de conhecimento cultural, nomeadamente no que concerne a diferentes crenças de saúde e de doença, visando a mobilização dos

elementos Aknowledge, Recommend e Negotiate, com imigrantes/famílias em contexto clínico, tal como sugerem Campinha-Bacote (2002, 2011) e Abreu (2011).

Os estudantes identificaram ainda que o desenvolvimento das suas competências culturais, está diretamente relacionado com a consciencialização das suas próprias referências culturais, para além das dos *outros*, bem como ao conhecimento de estratégias que lhes permitam prevenir riscos e ultrapassar dificuldades, já apontados por diferentes autores (INGLEBY, 2011; REIS, 2015; VEGA, 2010) em contexto de cuidados de saúde.

Nota conclusiva

Em síntese a estratégia mobilizada revelou-se potencialmente facilitadora do processo de comunicação intercultural, bem como do desenvolvimento de competências específicas nos estudantes da licenciatura em enfermagem. No que respeita à promoção da saúde com famílias de imigrantes, foram identificadas orientações e objetivos concretos a atingir em contexto de formação, orientadores do planeamento da intervenção em contexto de cuidados. Constatou-se que a recriação de cenários em sala de aula a serem transpostos para os contextos reais de cuidados, foi geradora de segurança acrescida nos estudantes, como referem outros autores (AMENDOEIRA et al., 2014); permitiu desta forma definir ancoragens para o esperado desenvolvimento das competências culturais nos futuros enfermeiros. (MACHADO; PEREIRA; MACHAQUEIRO, 2010)

A possibilidade da mobilização das evidências produzidas na investigação inicialmente desenvolvida – nomeadamente a mobilização de instrumentos culturalmente adaptados para uma colheita de dados efetiva – foi considerada por estudantes e professores envolvidos na estratégia pedagógica proposta, como enquadradora de um processo reflexivo que visa cuidados de enfermagem culturalmente competentes.

A operacionalização da estratégia do estudo de caso-análise, partindo de narrativas de situações reais, em contexto de ensino-aprendizagem, parece sugerir tal como propõem Costa (2008) e Madeira (2015), as seguintes necessidades: da sua extensão a estudantes de outros níveis de formação, para além da licenciatura e a mobilização continuada de situações-estímulo presenciais em contexto clínico ou simuladas, em ensino teórico; do desenvolvimento de

estudos que privilegiem a observação participante para a monitorização de estratégias pedagógicas para a resolução de problemas, visando o desenvolvimento das capacidades de pensamento crítico e de tomada de decisão, nos cuidados planeados pelos estudantes de enfermagem, a imigrantes/famílias.

Referências

- ABREU, W. *Transições e contextos multiculturais*. 2. ed. Coimbra: Formasau, 2011.
- AMENDOEIRA, J. et al. Simulação na educação em enfermagem: conceitos em transição. *Revista da UIIPS*, Santarém, n. 5, p. 212-228, dez. 2014.
- BOGDAN, R.; BIKLEN, S. *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora, 2010.
- CAMPINHA-BACOTE, J. The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: a model of care. *Journal of Transcultural Nursing*, Livonia, v. 13, n. 3, 181-184, July, 2002.
- CAMPINHA-BACOTE, J. Delivering patient-centered care in the midst of a cultural conflict: the role of cultural competence. *The online Journal of Issues in Nursing*, Livonia, v. 16, n. 2, p. 1-8, May, 2011.
- COSTA, A. *Aprender a cuidar: consonâncias e dissonâncias de um binómio desafiante*. In: GOMES, L. M. (Ed.). *Enfermagem e úlceras de pressão: da reflexão sobre a disciplina às evidências nos cuidados*. Islas Canarias, Espanha: ICE, 2008. p. 81-102.
- DECLARAÇÃO DE HELSÍNQUIA. *Consentimento informado, livre e esclarecido para participação em projetos de docência e/ou investigação*. Disponível em: <http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20%C3%89tica/Fiche:iros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf>. 2008. Acesso em: 2 fev. 2015.
- DEGAZON, C. *Diversidade cultural na comunidade*. In: STANHOPE, M.; LANCASTER, J. (Ed.) *Enfermagem de saúde pública: cuidados de saúde na comunidade centrados na população*. 7. ed. Loures, Portugal: Lusociência, 2011. p. 148-172.

DURAND, C.; BLAIS, A. A medida. In: GAUTHIER, B. (Ed.). *Investigação social: da problemática à colheita de dado*. 3. ed. Loures, Portugal: Lusociência, 2003. p. 175-200.

DURIEUX-PAILLARD, S. *Differences in language, religious beliefs and culture: the need for culturally responsive health services*. In: RECHEL, B. B. et al. (Ed.). *Migration and health in the European Union*. Berkshire, USA: McGraw Hill, 2011. p. 203-212.

Flick, U. *Métodos qualitativos na investigação científica*. Lisboa: Monitor, 2005.

GEOFFRION, P. O grupo de discussão. In: GAUTHIER, B. (Ed.). *Investigação social: da problemática à colheita de dados*. 3. ed. Loures, Portugal: Lusociência, 2003. p. 319-344.

INGLEBY, D. Good practice in health provision for migrants. In: RECHEL, B. et al. (Ed.). *Migration and health in the European Union*. Berkshire, USA: McGraw Hill, 2011. p. 227-241.

LEININGER, M. A mini journey into transcultural nursing with its founder. *Nebraska Nurse*, v. 32, n. 4, 16-17, 2001.

MACHADO, M. C.; PEREIRA, F.; MACHAQUEIRO, S. Approaches to Migrant Health in Portugal. *Eurohealth*, London, v. 16, n. 1, p. 30-31, 2010. Available in: <<http://www.lse.ac.uk/LSEHealthAndSocialCare/pdf/eurohealth/VOL16No1/Machado.pdf>>. Access on: 10 June 2014.

MADEIRA, A. *O estudante de enfermagem no processo de cuidados em ensino clínico*. Saarbrücken: Novas Edições Acadêmicas, 2015.

REIS, A. *Da multiculturalidade em cuidados às competências nos enfermeiros: a prática clínica dos enfermeiros em CSP*. Saarbrücken: Novas Edições Acadêmicas, 2015.

PORTUGAL. Serviço de Estrangeiros e Fronteiras. *Relatório de imigração, fronteiras e asilo-2011*. Lisboa, Portugal: SEF, 2012.

SPRADLEY, J. *Participant observation*. Orlando, USA: Library of Congress Cataloging in Publication Data, 1980.

STAKE, R. *A arte da investigação com estudos de caso*. 3. ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2012.

STREUBERT, H.; CARPENTER, D. *Investigação qualitativa em enfermagem: Avançando o imperativo humanista*. 5. ed. Loures, Portugal: Lusociência, 2013.

VEGA, A. *Soignants/soignés: pour une approche anthropologique des soins infirmiers*. Bruxelles, Belgique: De Boeck, 2010.

Comportamentos de risco na adolescência: contributos para a prevenção, educação e comunicação em saúde

Luís Oliveira Nabais
Natália Ramos

Introdução - contextualização sociocultural

Na sociedade atual, marcada por paradoxos, contradições e assimetrias, nem sempre se torna fácil encontrar um sentido para a realidade. As verdades parecem ser cada vez mais efémeras, e a ciência deixou de ser uma fonte de certezas para integrar uma sequência de paradigmas, como refere Thomas Kuhn (2002). As novas teorias científicas confirmam a emergência de um novo paradigma em que conceitos como desordem organizadora, complexidade, auto-organização ou caos pontuam o discurso não só das ciências tradicionais como a física, a química ou a biologia, mas também outras mais recentes como a teoria dos sistemas ou as neurociências.

Albert Jacquard refere que estamos a viver uma revolução; do determinismo positivista do século XIX, em que do conhecimento presente se podia deduzir o futuro, passamos, ao longo do século XX à descoberta do conceito de imprevisibilidade. O mundo que nos envolve já não é o que imaginávamos nos séculos passados e a estabilidade tranquilizadora proposta, por exemplo pelas religiões, alterou-se. Constata-se hoje, que os processos de transformação que constroem o futuro são aleatórios, contudo, sensíveis à intervenção humana; mas como a

preocupação com o futuro é uma condição do humano, a imprevisibilidade é fonte de angústia na consciência do presente. (JACQUARD, 2004)

Dando conta, de modo exemplar, do ambiente que vive a contemporaneidade, Zigmunt Bauman fala-nos da fragilidade dos laços nas relações amorosas e familiares, numa modernidade líquida em que os limites e contornos se esboçam e fragmentam. A um nível mais individual relacional, temos uma sociedade marcada pela metáfora da liquidez dos relacionamentos, voláteis e transitórios, que deixam os indivíduos ainda mais sós e desprotegidos. (BAUMAN, 2006a) Este fenómeno estendeu-se posteriormente aos estados e às nações, sobre o espectro da globalização, em que as relações de poder e a economia se moldam consoante a conveniência e mesmo o imperativo de crescimento económico. Os mercados invadem áreas da vida que se tinham mantido fora do reino da troca monetária até recentemente; insistem na mensagem de que tudo é ou poderia ser um bem essencial, ou, se não puder ser um bem essencial, que poderia ser tratado como um bem essencial. Os únicos atores válidos para os teóricos do mercado, são o *homo oeconomicus* e o *homo consumens*, aqueles que se guiam pela escolha racional e os que buscam o melhor preço, ambos autocentrados e solitários; “[...] são homens e mulheres sem vínculos sociais”. (BAUMAN, 2006a, p. 94). Por outro lado, e no que respeita aos meios urbanos, a distância social e a indiferença são os seus elementos caracterizadores e os responsáveis pelo constante e progressivo sentimento de insegurança. (BAUMAN, 2006b)

De modo complementar, Gilles Lipovetsky apresenta a sua tese acerca da transição que se tem vindo a operar, de uma ética pautada pelo dever e pela noção de responsabilidade, para uma ética indolor centrada no hedonismo, no projeto pessoal e na fruição própria. O autor aponta como consequências sociais, a desintegração de qualquer vontade moral e a dissolução de formas de enquadramento e autocontrolo dos comportamentos e indivíduos. A sociedade tende a estruturar-se em torno da exclusão profissional e social, onde se multiplicam as famílias sem pai, os excluídos e onde a delinquência e a criminalidade provocam um retrocesso da qualidade de vida. (LIPOVETSKY, 1994)

É neste complexo contexto económico, sociocultural e familiar, de autêntica revolução e mudança (JACQUARD, 2004), que crianças e adolescentes têm de realizar as suas tarefas desenvolvimentais e, desejavelmente, conquistar a sua autonomia. A entrada na vida adulta decorre de um processo de intensa socialização: a formação académica, o primeiro emprego, o casamento,

o nascimento de um primeiro filho ou a migração, podem constituir sérios desafios à autonomização.

Particularmente o fenómeno migratório é considerado um dos processos mais difíceis de ressocialização, comportando riscos e vulnerabilidades, particularmente na infância e adolescência, podendo constituir-se como uma experiência traumática, envolvendo rupturas, perdas e mudanças externas com repercussões psíquicas, físicas e sociais. (GRINBERG; GRINBERG, 2004; RAMOS, 2004, 2008, 2013)

Adolescência e processos de desenvolvimento e mudança

Relativamente ao termo ‘adolescência’, este tem étimo no latim *adolescencia* e designa o período final do desenvolvimento humano entre o início da puberdade e o estado adulto, e também a mocidade, juventude. Adolescente, designa a pessoa que está na adolescência, jovem do latim *adolescere* que significa crescer. (COSTA; SAMPAIO, 1995)

O conceito de adolescência emerge, como um estágio particular e especial do desenvolvimento humano, já no Século XX, na sequência das profundas transformações socioeconômicas decorrentes da industrialização e do aumento da urbanização. Apesar das especificidades fisiológicas e psicológicas do indivíduo jovem terem sempre existido, independentemente do passado histórico e da cultura, as sociedades adultas nem sempre reconheceram as características distintas da adolescência. (SPRINTHALL; COLLINS, 2003)

A adolescência é frequentemente descrita como um período tumultuoso, instável e desconcertante: Stanley Hall citado por Weiner (1995) descreve os adolescentes como emocionalmente instáveis e mórbidos, portadores de um impulso natural para experimentar estados psíquicos ardentes e inflamados caracterizados por emocionalidade e instabilidade. Anna Freud refere-se aos adolescentes como:

[...] excessivamente egoístas, considerando-se o centro do universo e o único objecto de interesse e, entretanto, em tempo algum da sua vida ulterior são capazes de tanta abnegação e dedicação [...] Atiram-se entusiasticamente à fruição da vida da comunidade e, por outro lado, possuem uma irresistível ânsia de solidão. [...] Oscilam entre a cega submissão a um líder autoeleito e a rebelião insolente contra toda e

qualquer autoridade. [...] Seus estados de espírito variam entre o otimismo leviano e o mais sombrio pessimismo. Algumas vezes, dedicam-se ao trabalho com infatigável entusiasmo e, outras vezes, são preguiçosos, desleixados e apáticos. (FREUD, 1946/1986, p. 117-118)

Aberastury (1988), assinala contudo, a importância de não confundir este período de contradições, confusão, ambivalência e sofrimento, com estados patológicos alarmantes e equivocados.

Por outro lado, Blos (1962) refere-se à adolescência como um processo identificatório relacionalmente intenso e caracterizado pela maturação sexual; realça a discrepância entre um crescimento biológico rápido e um crescimento psicológico que se opera lentamente; seria como que um segundo movimento no processo de individuação, semelhante ao processo de separação-individuação (entre o “eu” e o “não eu”) descrito por Margaret Mahler, mas agora mais complexo e visando o sentido da identidade.

Para Erikson (1998) a adolescência é considerada como uma fase final da infância, concluída no momento em que as identificações infantis se transformam numa outra identificação, a qual é conseguida à custa da realização de uma série de tarefas, já não de natureza lúdica infantil ou pelo ensejo experimental pubertário, mas pela absorção da sociabilidade e partilha com o outro; o estágio psicossocial que Erikson designa para esta fase organiza-se em torno de forças dinâmicas que se polarizam em “identidade versus confusão de identidade”.

Parece consensual entre os autores, a ideia de que a adolescência é um processo de transição, entre a puberdade e a adultícia, marcado por alguma inquietação. Neste processo ocorrem profundas transformações a nível fisiológico, psicológico, relacional e social, conducentes à consolidação da identidade, aquisição de autonomia e de um novo estatuto no mundo dos adultos.

O referido processo de transição é marcado pela aprendizagem de um vasto conjunto de comportamentos e atitudes, realizada no estabelecimento de interações com os outros. Kandel citado por Negreiros (1998) refere dois processos básicos de socialização: a) a imitação pelo adolescente, de comportamentos observados e b) o reforço social, que justifica a razão de certos comportamentos prevalecerem, se aprovados pelos atores significativos do cenário social do adolescente.

O fato de os adolescentes passarem mais tempo sozinhos ou com os colegas, constitui o aspeto mais significativo da diferença entre a vivência infantil e as experiências da adolescência. A influência no funcionamento individual pelo grupo de pares, ocorre através de duas modalidades: informal e normativa, em que na primeira os colegas são fontes de conhecimento acerca de padrões comportamentais, e na segunda exercem pressão no sentido da adopção dos padrões seguidos pelos elementos do meio a que pertencem. (SPRINTHALL; COLLINS, 2003)

Consoante a cultura, variam as formas e as circunstâncias de interação entre os indivíduos, sendo que o desenvolvimento social do adolescente depende do resultado da interação entre o próprio e a rede social em que está inserido (família, escola, grupo) e tendo em conta o contexto sociocultural e histórico. Erikson (1998) refere assim, que a adolescência é um período em que surgem ritualizações espontâneas, por vezes surpreendentes, desorientadoras e irritantes para os adultos, como tentativas de ritualização da interação com os pares e criação de rituais de pequenos grupos; mas adianta que, por outro lado, os processos tecnológicos ampliam cada vez mais o intervalo de tempo entre o início da vida escolar e o acesso final do jovem ao mundo do trabalho especializado, tornando a adolescência um período ainda mais moroso e consciente.

Também (MOREL et al., 2001) destaca que a dupla transição da família de origem para a família de procriação e da escola para a vida profissional, está hoje comprometida; a duração dos estudos alongou-se e um número cada vez maior de jovens tem dificuldade de aceder à autonomia.

Por outro lado, os processos de maturação atuais são mais prolongados no tempo, e envolvem mecanismos mais complexos e mais difíceis de identificar; se por um lado isto lhe proporciona maior capacidade de escolha e mais liberdade para se realizar, por outro, a responsabilidade individual acrescida coloca-o mais próximo da possibilidade da ocorrência de fracassos, num período em que está particularmente fragilizado e num contexto cada vez mais complexo e hostil.

Perante esta ansiedade face a um futuro incerto e na escassez/ausência de marcos sólidos oferecidos pela cultura e sociedade, os adolescentes são cada vez mais levados a fabricar eles próprios pseudo-rituais de passagem que, na manifestação do sentimento de existir e pela exploração de novos espaços e novas capacidades, pode levar à adopção de condutas de risco. Comportamentos típicos da idade adulta como o beber, o fumar e o conduzir, por exemplo, tornam-se

então como que inevitáveis, mas também dinâmicos e geradores de conhecimento sobre si próprio. (MOREL et al., 2001)

Na sequência do que foi exposto, parece fazer sentido que, para muitos adolescentes, envolvidos num processo de desenvolvimento menos harmonioso do ponto de vista psicológico, emocional, familiar e social, haja necessidade de consubstanciar a sua existência como sujeitos, através da adopção de condutas que envolvam comportamentos de risco.

Sociedade e risco

Para Giddens (2002), o conceito de risco surge da evolução e transição das culturas tradicionais para as sociedades industriais. O conceito passa a generalizar-se em sociedades voltadas para o futuro, onde existe uma postura ativa de ruptura com o passado e é, como refere Beck (2002), inseparável da ideia de probabilidade e de incerteza. Em oposição à noção de *risco externo*, aquele que é experimentado como vindo de fora, pelas contingências da tradição e da natureza, Giddens dá ênfase à noção de risco fabricado, o qual é criado pelo impacto do nosso conhecimento e ação sobre o ambiente, e refere-se ao confronto com situações sobre as quais temos pouca experiência histórica. Este risco fabricado não se restringe, contudo, apenas aos elementos da natureza, mas integra outros elementos da vida humana como sejam o casamento e a família, instituições que sofreram profundas mudanças nos países em desenvolvimento. À medida que o risco fabricado se expande, “o risco torna-se mais arriscado”. (GIDDENS, 2002, p. 37) Para este autor, a aceitação do risco é ainda condição de entusiasmo e aventura; vejam-se os riscos do jogo, da condução em velocidade, das experiências sexuais, dos desportos radicais. A aceitação plena do risco caracteriza para Giddens, a energia geradora de riqueza na economia moderna.

Muitas formas de risco afetam a saúde, pelo que tentamos reduzi-las ao máximo; daí que, desde o início, a noção de risco seja acompanhada do desenvolvimento de sistemas de seguro: “[...] o seguro é a base a partir da qual as pessoas se preparam para assumir riscos”. (GIDDENS, 2002, p. 34) Neste sentido, e de um ponto de vista psicológico, podíamos considerar como um sistema de seguro para o futuro, a qualidade do vínculo relacional na infância, com as figuras cuidadoras, vínculo portador de funções de suporte, de contenção e pertença, como veremos adiante.

Podemos então considerar que as situações de risco envolvem circunstâncias sobre as quais os indivíduos podem tomar decisões, sendo o risco um estágio intermédio entre a segurança e a destruição e em que a percepção dos riscos ameaçadores determina o pensamento a ação. (BECK, 2002) Além de dependentes do conhecimento científico, as situações de risco são frequentemente invisíveis. As decisões tomadas pelos indivíduos, consoante o seu curso, podem ser promotoras de desenvolvimento ou gerar prejuízo para saúde física ou psicológica dos indivíduos.

Para Ramos (2004), a noção de risco compreende a possibilidade de sofrer uma perda ou dano, a possibilidade de ser submetido a um perigo ou a um traumatismo com consequências na adaptação e em doenças futuras. Do ponto de vista da saúde o risco é um conceito que envolve conhecimento e experiência sobre o perigo de alguém ou de alguma comunidade ser acometida por doenças ou prejuízos. A epidemiologia, através de análises coletivas, pode identificar alertas para as populações e implementar estratégias de evitação. A consagrada expressão fatores de risco designa condições ou variáveis associadas à possibilidade de ocorrência de efeitos negativos para a saúde, o bem-estar e o desempenho social. (JESSOR, 1991; JESSOR et al., 1995)

Também Marcelli e Bracconnier (2005) referem que os fatores de risco gerais são as situações apontadas pelos estudos epidemiológicos que levam a um aumento das taxas de morbidade, como seja o nível socioeconómico, a estrutura familiar (presença dos progenitores, morte de um deles, situação de divórcio, doença física ou mental de um dos pais) entre outros. Estes autores referem ainda a existência de fatores de risco particulares, como sejam fatores psicopatológicos, que poderão ser consequência da natureza das relações precoces na organização psíquica dos indivíduos, e que poderão estar relacionados com determinadas configurações comportamentais na adolescência, como o uso de substâncias, a conduta antissocial ou suicida.

Verifica-se, no entanto, que, progressivamente, de uma abordagem essencialmente centrada nas insuficiências, na vulnerabilidade e nos fatores de risco, assistimos a uma transição gradual para a tomada em consideração dos recursos e dos fatores de proteção individuais ou familiares. Os estudos e as práticas clínicas e educativas começaram a desenvolver-se em torno do conceito de resiliência. Entra-se assim num campo teórico de exploração da variabilidade das vulnerabilidades; e é neste contexto que o conceito de resiliência assume uma posição importante como elemento protetor em situações adversas, e pode ser

um revelador de capacidades internas. Na sua globalidade, os fatores protetores envolvem invariavelmente, dimensões internas, interrelacionais e ambientais que, no seu conjunto e em articulação, podem auxiliar na predição de comportamentos saudáveis.

O conceito de resiliência provém das áreas da física e mecânica e tem étimo no latim *resilientia*, isto é, à propriedade de um material resistir dinamicamente a efeitos de choque. A resiliência manifesta-se, na capacidade do indivíduo de resistir a efeitos adversos, mantendo um funcionamento positivo ou competência face a riscos e ameaças, externas ou internas, ou mesmo a capacidade de reconstrução após a ocorrência de situação traumática. (RAMOS, 2004) Na medida em que a qualidade resiliente se apresenta como um processo facilitador do desenvolvimento, na presença de situações adversas, esta desempenha a função de fator de proteção. Uma síntese clara e ilustradora da articulação entre resiliência e proteção, é apresentada por Garmezy (1991) citado por Ramos (2004), através de três categorias: a) fatores individuais, como o temperamento ou habilidades cognitivas; b) fatores familiares, relacionados com a qualidade das relações e das estratégias educativas e c) fatores de suporte social, como sejam profissionais ou organizações que apresentem funções de acolhimento e disponibilidade.

O contexto familiar

O trabalho de intervenção com crianças e jovens em risco tem a sua justificação em fenómenos como a crise económica e financeira, a emergência de novas configurações familiares, a instabilidade do sistema educativo bem como as dificuldades dos pais no exercício da autoridade. As transformações da família ocorridas na segunda metade do século XX e particularmente após a II Guerra Mundial, com a entrada maciça das mulheres no mundo do trabalho, vieram colocar em causa o modelo tradicional de agregado familiar, constituído por casal heterossexual e respetivos filhos em coabitação. (SAMPAIO, 2011) Este autor prefere o termo famílias (no plural):

[...] no sentido de espaços emocionais com práticas familiares (de guarda, sustento, apoio, educação, afetividade, valores), sem limites rígidos de residência, casamento ou orientação sexual dos cônjuges, no qual sobressai a preocupação com o *cuidar* dos seus membros. (SAMPAIO, 2011, p. 12)

Esta definição engloba a família nuclear tradicional, a família monoparental, a família reconstruída (ou nova família), os casais do mesmo sexo (com ou sem filhos) ou outras conjugações familiares.

No que respeita à intervenção com famílias, um elemento crucial é o respeito pelas diferentes raízes e enquadramentos culturais, o que exige dos técnicos competências acrescidas nas áreas da comunicação intercultural. Na realidade, esta flexibilidade comunicacional, nem sempre está presente e muitos técnicos, por preconceito ou impreparação, desqualificam alguns modelos familiares ou são demasiado críticos com os pais.

Atendendo à diversidade familiar, às diferentes identidades culturais e aos fatores de risco e proteção, as políticas de intervenção familiar devem ter em conta: 1) a compreensão das raízes e culturas familiares; 2) a responsabilização dos pais pelas suas práticas, mas oferecendo apoio à parentalidade; 3) o combate à exclusão, à desigualdade e à discriminação, potenciando os fatores protetores; 4) a supervisão das equipas, para uma intervenção eficaz. (SAMPAIO, 2011)

Também Gomes-Pedro (2011) refere que a família mudou e, conseqüentemente, as relações interpessoais e realça a necessidade de uma adaptação reflexiva face às novas evidências sociológicas que se refletem na família. A pluralização de novas formas de convivência, condicionadas pelo divórcio e por conseqüentes rearranjos familiares, determina para os profissionais a necessidade de novas competências para intervir em novas configurações familiares. As uniões de facto ou as designadas *living apart together*, sem rituais litúrgico-sociais, alteram a organização social e as normas de aceitabilidade; face a este processo de mudança, o autor realça a importância de conhecer as repercussões, fundamentalmente no bebê, na criança e no jovem. No entanto, independentemente das novas realidades sociais, é ao nível da representação psíquica que se organiza o sentimento de pertença e coerência familiar que, independentemente da estrutura do agregado se manifesta na especificidade do vínculo entre os seus elementos. A natureza e qualidade deste vínculo dependerão das representações parentais, particularmente na dinâmica estabelecida entre os pais e o bebê ou criança; e é na construção deste vínculo que se coloca o desafio ao exercício da parentalidade.

Estudiosos da vinculação como John Bowlby e Mary Ainsworth, demonstraram que a qualidade das relações familiares estabelecidas, logo desde o nascimento, está associada ao desenvolvimento harmonioso da personalidade dos

humanos. A propensão ao estabelecimento de laços afetivos com as figuras cuidadoras está intimamente relacionada com a consolidação da maturidade emocional e com o sentimento de segurança. A complexa interação precoce com os cuidadores, mediada por comportamentos como o choro, o sorriso, as vocalizações ou a apreensão, tendem a resultar em organizações vinculativas que, pela proximidade privilegiada, conferem proteção contra perigos. É neste sentido, que a presença emocional dos pais funciona como um preditor para o relacionamento futuro na adolescência, verificando-se correspondência entre a segurança familiar e o relacionamento no grupo de pares ou mesmo na relação amorosa. (ROCHA; MOTA, 2015)

O exercício das funções parentais e em particular a qualidade dos relacionamentos intrafamiliares, é influenciado por um conjunto complexo de variáveis, psicológicas, sociais, económicas e culturais. Analisar as condições sociais da infância e da adolescência no território nacional, atendendo a que não existe uma uniformidade de modos de vida, implica considerar as profundas transformações demográficas, culturais, económicas e políticas ocorridas nas últimas décadas. Apesar dos progressos conseguidos, importantes disparidades sociais persistem na nossa sociedade, no que diz respeito à satisfação de necessidades básicas, de uma parte significativa da população. (CARVALHO; CRUZ, 2011) Desta conjuntura, decorre que um número considerável de crianças e jovens se encontram em situação de perigo, conforme dados da Comissão de Proteção de Crianças e Jovens em Risco. Carvalho e Cruz (2011) referem que as problemáticas identificadas nestas situações, em que o escalão etário mais representado é entre o zero e os cinco anos, envolvem a negligência, a exposição a modelos de conduta desviante, o abandono escolar e os maus-tratos físicos e psicológicos.

Contudo, não são apenas os contextos sociais desfavorecidos e as configurações familiares mais desarmoniosas, que mantêm exclusividade na relação com comportamentos de risco para a saúde. Como refere Manuela Fleming, com a entrada na adolescência, a família entra necessariamente em turbulência e os equilíbrios conseguidos são colocados em causa. A progressiva conquista pelo adolescente, de mais autonomia comportamental e emocional (decisão sobre o seu corpo, a sua vida relacional e a vida futura) implica inevitável conflitualidade com o sistema familiar, que tem agora de interagir não só com o adolescente, mas com o seu grupo de pares e amigos, com novas regras e valores próprios. (FLEMING, 1993, 2015)

Considerando o conceito de “risco psicológico” no contexto do desenvolvimento psicológico do adolescente, Fleming (2003) realça o dilema entre o desejo e o medo de crescer, como impasse desenvolvimental. Considera assim, o risco de não correr risco nenhum. Se por um lado há fatores de natureza biológica, psicossocial ou outros que podem colocar em risco a saúde mental do indivíduo, por outro, a ausência de risco no curso da vida e na relação com o Outro, o não ousar confrontar-se com o medo ou o sofrimento, pode ser igualmente ou mais prejudicial que a situação anterior. São indivíduos que fazem uma adolescência “branca”, “lisa” do ponto de vista psicológico; evitam qualquer situação de conflito, dúvida ou incerteza, sem estabelecimento de laços afetivos, configurando uma exposição passiva ao risco (“risco passivo”). Em contraste, a autora apresenta a situação de “risco desenvolvimental”, desejável e salutogéneo. Se no primeiro caso é importante uma detecção ou despistagem precoce no sentido de evitar ou atenuar os efeitos negativos, no segundo, impõe-se uma atitude pedagógica que incite à necessidade de ser ousado, de não temer o risco do encontro com o Outro, de não ter medo do desconhecido na descoberta da realidade. O “risco dinâmico” tem uma finalidade e um sentido: o para quê? E o porquê? De correr um risco; qual o sentido do meu ato e o que pretendo conseguir? No “risco passivo” o sujeito está numa situação cujo significado não compreende, e que pode levar ao “risco-pelo-risco”, à “sensação-pela-sensação” consumando-se a finalidade no próprio ato, como no caso das dependências.

No exercício dos movimentos de autonomia é importante experimentar-se sem rede, sem controlo familiar, procurar limites e testar capacidades. Nestes movimentos de exposição e exploração, os jovens cujos pais mais frustram os seus desejos e mais obstáculos e limites encontram ao seu conhecimento, são curiosamente os que melhor progridem na sua autonomia, ou seja, se os vínculos que os unem aos pais forem sentidos como laços onde predomina o sentimento de ser amado e aceite.

A colocação de limites e a harmonização de espaços e tempos na relação com a adolescentes é no entanto, e nos dias de hoje, grande preocupação de pais, educadores, professores e outras figuras de autoridade. Neufeld e Maté (2013) referem que não foram os pais ou a natureza dos jovens que mudou, mas sim a cultura em que se educam os indivíduos. O vínculo e relações entre filhos e pais deixou de receber o apoio necessário da cultura e da sociedade, e se o contexto não estima e encoraja esse vínculo, mesmo as ligações potencialmente fortes e compensadoras podem ser abaladas. Para os autores, o processo educativo não

se tornou difícil ou ineficaz por falta de envolvimento ou de técnicas, mas por erosão do contexto cultural e social; um contexto em que, pela primeira vez na história, não são os pais, professores ou outras figuras de referência que os jovens procuram para se esclarecer, mas os seus próprios colegas, a quem a sociedade não atribuiu o papel de educadores.

Este problema de comunicação entre gerações, lembra a ideia de “universalidade do fosso das gerações”, apontada por Magaret Mead (1970) ao caracterizar uma inaugurada cultura “pré-figurativa”, na qual os pares substituem os pais como modelos de conduta e comportamento, e em que os adultos, pela primeira vez e à revelia dos tempos, aprendem com os seus filhos.

Podemos assim constatar que o contexto familiar e a sua função educativa/formativa se encontram perante dificuldades imensas, face a uma constelação complexa de fatores como a conjuntura socioeconómica e cultural em mutação desfavorável, a instabilidade e reconfiguração nas estruturas familiares e laborais, a desregulação nos sistemas de autoridade tradicionais e a fragilização dos vínculos filiais parentais. Situação esta que coloca exigências acrescidas ao adolescente no seu processo de transição da infância para a idade adulta, onde se colocam sérios desafios na dinâmica entre o arriscar e o não-conhecer, na procura da sua autonomia.

Comportamentos de risco na adolescência

Os fatores de risco compreendem situações identificadas pela epidemiologia, que levam a um aumento das taxas de morbilidade: nível socioeconómico, estrutura familiar (presença dos dois progenitores, ou perda de um deles por morte ou divórcio), doença física ou mental de um dos progenitores, entre outros. Estes fatores de risco, encontram-se presentes em muitos adolescentes, como no comportamento toxicomaniaco, comportamento psicopático ou comportamento suicida. (MARCELLI; BRACONNIER, 2005) Os autores consideram ainda três níveis de fatores, para uma compreensão mais precisa da relação entre o indivíduo e o meio ambiente: a) fatores psicopatológicos, internos e individuais, b) fatores de risco gerais, familiares e socioeconómicos e c) fatores de incitação, ambientais e atuais.

Os comportamentos relacionados com a saúde e os estilos de vida, são extremamente complexos e articulam-se em inúmeras redes de influências múltiplas,

tornando muito difícil o estabelecimento de relações de causalidade. A adolescência, como período de transição por excelência, com importantes transformações físicas, psicológicas e sociais, introduz vulnerabilidade e complexidade, no movimento de compreensão entre fatores de risco e fatores protetores para a saúde e para o desenvolvimento. O que os estudos nos mostram, são associações privilegiadas entre determinadas variáveis (pessoais, comportamentais, familiares ou ambientais) que possibilitam, através de organização de constelações mais ou menos invariantes, a elaboração de constructos teóricos, como sejam os determinantes de saúde.

A relação entre comportamentos de risco e adolescência surge como uma constante na literatura, sugerindo que a experimentação dos limites nesta fase de desenvolvimento faz parte do processo de aquisições maturativas, como vimos anteriormente. Num *continuum* de experimentação, entre a normalidade e a patologia, os comportamentos de risco (como por exemplo o consumo de substâncias), podem perturbar o regular desenvolvimento do adolescente e/ou desencadear o surgimento de sintomatologia preocupante.

O consumo excessivo de álcool é um dos mais frequentes e preocupantes comportamentos de risco entre os jovens; as autoridades de saúde chamam a atenção para os consequentes custos, particularmente a nível social, económico e de saúde. Os jovens apresentam-se mais vulneráveis ao sofrimento de danos físicos, emocionais e sociais devido ao consumo, próprio ou de terceiros. (FEIJÃO; LAVADO; CALADO, 2011; PORTUGAL, 2006, 2013) É ainda conhecida a relação entre o consumo de alto risco e a violência, os comportamentos sexuais de risco, acidentes de viação, deficiências permanentes e a morte.

O fenómeno da moda e da publicidade, com forte apelo à imagem e ao desejo, colocam o adolescente e o seu grupo de pares numa posição de constante estimulação, a qual têm dificuldade em descodificar, tendendo a uma conduta de experimentação e adesão. (DIAS, 1979) É disto exemplo a situação relativa ao consumo de álcool entre os jovens que, apesar da legislação existente quanto à publicidade, a idade de consumo e os locais de consumo, verifica-se uma quase total ineficácia dos mecanismos de fiscalização e controlo. Assim, é frequente observarmos eventos dirigidos a populações jovens (como por exemplo espetáculos musicais e cerimónias de fim-de-curso), que são largamente patrocinados por marcas de bebidas alcoólicas, sendo o seu consumo induzido e merecendo ampla divulgação nos meios de comunicação social; também se encontra generalizado o consumo de álcool, particularmente em contexto de diversão

noturna, entre adolescentes com idade bastante inferior à permitida para o consumo e sem intervenção significativa das entidades competentes.

A violência em contexto noturno, em bares e discotecas, parece estar igualmente relacionada com o consumo de álcool, tendendo a ocorrer após as quatro horas da madrugada. Os acidentes de viação são importante consequência do risco de condução sob o efeito de álcool; tendem a ocorrer entre as cinco e as sete horas da madrugada, frequentemente na sequência de consumos excessivos. Os acidentes de viação são a principal causa de morte e invalidez nos jovens entre os 16 e os 19 anos de idade, e em cerca de um terço daqueles, o álcool está envolvido. (MATOS, 2005) Este autor refere ainda que os estudos sobre sinistralidade e prevenção rodoviária mostram que o fator humano é o mais responsável pela ocorrência de acidentes; estes acidentes são muitas vezes de natureza autodestrutiva e heterodestrutiva, envolvendo dimensões inconscientes que devem ser estudadas. O condutor jovem, não sendo já criança nem ainda adulto, procura na condução sinais de reconhecimento do estatuto de adulto, de independência e autonomia relativamente à família. (MATOS, 2005)

Nabais (2015), num estudo sobre comportamentos de risco em adolescentes e jovens adultos envolvendo 18 nacionalidades (n=551), identificou alguns dados que se encontram em sintonia com outros estudos, com população e metodologia similar, pelo que poderá contextualizar o problema dos comportamentos de risco entre os jovens: a) do ponto de vista sociodemográfico 63% dos participantes integra família tradicional, 21% em família monoparental de referência à mãe e em 27% os pais encontram-se separados ou divorciados. A este propósito, Malpique (1999) realça a ausência do pai no agregado familiar como um fator patogénico, na medida em que o apagamento da figura do pai altera, conseqüentemente, o papel da mãe e dificulta a diferenciação identitária; b) relativamente ao consumo de bebidas alcoólicas verifica-se a presença de 62 variedades de bebidas, em que a cerveja e a vodka são as mais preferidas; os rapazes preferem a cerveja e as raparigas as bebidas destiladas; existência de problemas a nível da família, da saúde, da escola e da justiça, relacionados com o consumo abusivo de álcool; a idade média do primeiro consumo é aos 14 anos; c) a maioria dos participantes já experimentou tabaco e 12% fuma diariamente; as raparigas tendem a fumar mais que os rapazes; d) das substâncias ilícitas, a mais consumida é claramente a *cannabis* (26,3%), seguida dos estimulantes e cocaína com valores residuais; e) globalmente os indivíduos apresentam bons níveis de intenção de comportamentos protetores de saúde, sendo a dimensão

“nutrição” a menos cotada; o sexo feminino manifesta comportamentos protetores de saúde superiores ao masculino, bem como os indivíduos mais escolarizados em relação aos menos escolarizados; f) os indicadores psicopatológicos assumem relevância clínica: 8,3% apresenta depressão moderada e 2,6% depressão severa; 2% apresenta risco suicidário importante e 0,6% risco suicidário extremamente importante; os indivíduos que vivem apenas com a mãe, têm maior propensão a ideias de suicídio; g) quanto a fatores de risco, verifica-se que os protetores de saúde estão inversa e fortemente correlacionados com a depressão, o risco de suicídio e o consumo de álcool, tabaco e *cannabis*; h) outros aspetos relevantes prendem-se com o enraizamento dos comportamentos de risco em várias dimensões como: história familiar marcada por consumo de álcool (na figura paterna), ambiente social degradado e vulnerável, e adesão a comportamentos desviantes, fatores de personalidade com baixa autoestima e desvalorização de recursos internos, abandono escolar, sentimento de fracasso, parentalidade precoce, perda de figuras parentais, acidentes rodoviários graves relacionados com consumo de álcool e uma motivação inconsciente (não mentalizada) dos comportamentos de risco.

No que respeita às estratégias face ao risco adotadas pelos indivíduos, Marcelli e Bracconier (2000) referem que estas podem distinguir-se entre um desenvolvimento mais saudável e outro mais patológico, podendo o processo adolescente enquadrar três grupos fundamentais: a) um grupo de “crescimento contínuo”, em que os sujeitos não manifestam períodos de ansiedade ou depressão nem conflitos importantes; b) um grupo de “crescimento por ondas”, onde se verifica a tendência para a depressão e perda de autoestima, bem como de conflitos e contradições importantes; c) um grupo de “crescimento tumultuoso”, marcado por ansiedade e depressão significativas e onde os indivíduos apresentam falta de estima por si próprios e pelos outros, bem como uma maior dependência e frequência de problemas comportamentais e familiares. Estes aspetos revelam a existência de várias modalidades de viver a adolescência, que é necessário compreender para melhor intervir, sendo que alguns indivíduos carecem de atenção profissional particular.

Considerando um regular processo de desenvolvimento, Steinberg (2007) refere que do ponto de vista das neurociências, a propensão dos adolescentes para o envolvimento em comportamentos de risco não se deve à irracionalidade, ilusão de invulnerabilidade ou desconhecimento; será o intervalo de tempo entre a puberdade, com emergência e procura de novas emoções, e a lenta

maturação do sistema de controlo cognitivo, que regula os impulsos, que faz da adolescência um período de elevada vulnerabilidade aos comportamentos de risco. Este aspeto ajuda a explicar a ineficácia de muitas intervenções desenhadas para mudar o conhecimento, as crenças e atitudes dos adolescentes. A autora sustenta que, mudanças no contexto em que ocorrem os comportamentos de risco, podem ter mais sucesso, do que tentar alterar o pensamento dos adolescentes acerca do risco.

No que respeita aos comportamentos de risco entre os adolescentes, importa também referir o uso das designadas Novas Tecnologias de Informação e Comunicação (NTIC), particularmente o tempo de exposição ao ecrã tem sido objeto de estudo com vista às implicações para o desenvolvimento e para a saúde dos indivíduos. Várias são as designações dadas às novas gerações: “Nativos Digitais”, “Millennials”, “Geração Z”, entre outras. Patrão (2017) utiliza o termo “Geração Cordão”, por um lado devido ao prolongamento da adolescência, com manutenção de ligação à família nuclear, por outro aludindo à ideia de que os adolescentes estão sempre ligados; para muitos, dispositivos como o *smartphone* ou o *tablet*, são como que uma extensão de si próprios e dos quais nunca se separam, mantendo um “cordão invisível” de ligação. O fato de estar sempre ligado (*online*), pode dar origem ao chamado fenómeno FOMO (*fear of missing out*) gerador de ansiedade e alteração do comportamento, por exemplo por esquecimento do aparelho ou descarregamento de bateria. A autora refere ainda alguns prejuízos associados ao uso indevido das novas tecnologias como as alterações no sono, na alimentação, no desenvolvimento físico e no rendimento escolar.

Relativamente aos adolescentes portugueses (BORGES; FERREIRA; MATOS, 2013), verificaram que as tecnologias de informação e comunicação são uma escolha privilegiada para os tempos livres; durante a semana, 50% das crianças e adolescentes utilizam durante mais de duas horas as novas tecnologias nos tempos livres, e ao fim-de-semana sobe para 70% dos indivíduos. Observaram ainda que entre os 11 e os 15 anos o número de horas de ecrã aumenta progressivamente.

Ferreira e Matos (2013), no estudo *Health Behaviour in School-aged Children*, verificaram que os adolescentes portugueses apresentam um nível médio de utilização das novas tecnologias, sendo que a comunicação é diária, por várias vezes e que as mensagens são o meio preferencial; a grande maioria dos jovens refere não se ter envolvido em situações de provocação através das novas

tecnologias no entanto, uma minoria preocupante refere o seu envolvimento (como vítima e provocador); uma pequena parte não consegue ainda lidar com os efeitos dessa provocação.

A problemática da utilização das novas tecnologias de comunicação pelas populações mais jovens, levanta questões de reflexão a vários níveis: o seu impacto no desenvolvimento, o poder da influência das mensagens veiculadas nos média; alterações na saúde como o isolamento social, o sedentarismo e obesidade; o favorecimento de comportamentos de risco como a agressividade, baixo rendimento escolar e sexualidade.

Aspetos preventivos

Nas últimas décadas, grande quantidade de recursos foram investidos em programas de prevenção de comportamentos de risco, particularmente do consumo de álcool e drogas, contudo, só recentemente se começaram a analisar os fracassos de tais medidas. Negreiros (2001) aponta alguns aspetos menos positivos, ou mesmo negativos, que caracterizam a situação, nos finais do século passado, no domínio da prevenção: a) predominância das intervenções designadas de “inespecíficas”, as quais se prestam a uma multiplicidade de ações sem qualquer suporte científico; b) recurso a ações pontuais, frequentemente em meio escolar, centradas na transmissão de informação e polarizadas no vetor “medo”; c) ausência generalizada de procedimentos de avaliação das ações desenvolvidas; d) ausência de coordenação e articulação de ações; e) claras deficiências na formação e competências dos técnicos envolvidos nos projetos preventivos; f) escassez de materiais preventivos adaptados à realidade sociocultural; g) insuficiente utilização das potencialidades do sistema educativo, no que respeita à inclusão de conteúdos e estratégias orientadas para a prevenção.

De modo diferente, as concepções mais recentes de prevenção, enquadram-se em modelos de etiologia multicausal das perturbações relacionadas com o consumo excessivo de substâncias, em que o risco de condutas aditivas pelos adolescentes, se equaciona com vulnerabilidades desenvolvimentais e distorções socio-afetivas identificadas. (FARATE, 2000)

Para Sakellarides (2006), a evolução das estratégias de prevenção teve origem nas alterações ocorridas na Organização Mundial de Saúde, quando Ilona Kickbusch rompe com o modelo de divulgação e comunicação empenhada de

mensagens sobre bons comportamentos (comer com menos gorduras e sal, fazer exercício físico regular, não fumar, etc.) preconizado pela medicina preventiva; Kickbusch entendia que a modificação de comportamentos pessoais não podia ocorrer na sequência de uma prescrição exterior, mas “de um processo de emancipação pessoal, que removesse os obstáculos, interiores e exteriores, que impedissem, que cada um assuma a direção efetiva do seu desenvolvimento pessoal, e portanto, o da sua saúde”. De um modelo habituado a intervir *sobre* as pessoas, deu início um paradigma mais geral, que incluía a “intervenção preventiva” e a “educação para a saúde” (SAKELLARIDES, 2006, p. 110), bem como modelos integrativos, interacionistas, dinâmicos e globais de saúde. (RAMOS, 2004, 2013)

Também Marziale (1988) citado por Farate (2000) sublinha que, nas sociedades contemporâneas, a maior parte dos problemas de saúde estão relacionados com o estilo de vida dos indivíduos, pelo que a educação promotora de saúde deve substituir as abordagens educativas tradicionais, baseadas em interditos, pelo encorajamento de atitudes positivas automotivadas. São então apontados alguns critérios, para melhor eficácia, dos programas de prevenção para a saúde: serem desenvolvidos de forma positiva, evitando atitudes culpabilizantes e reforçando a autoestima; intervirem simultaneamente com as famílias e com a comunidade (grupos profissionais, formadores, órgãos de informação) e, particularmente, com os profissionais de saúde; e que sejam apoiados por uma política preventiva global nas áreas da saúde, educação, trabalho e lazeres. Para este autor, a educação para a saúde na área do consumo de substâncias psicoativas, deve concentrar-se no problema da utilização judiciosa dos produtos psicoativos, considerando a noção de “uso responsável”.

Os novos modelos preventivos emergentes designados de abordagens humanistas, são caracterizados pela introdução de uma componente afetiva, relacional, comunicacional e psicológica, e entram em ruptura com as estratégias preventivas clássicas, de caráter prescritivo, que consideravam os indivíduos como meros processadores de informação. Neste âmbito, a postura dos orientadores/professores, deve pautar-se pela informação e comunicação adequadas, pela flexibilidade e pelo não autoritarismo, uma vez que a sua função é a de clarificar e aprofundar os temas que vão sendo abordados, e não a produção de juízos de valor sobre as condutas dos indivíduos.

Pretende-se a aprendizagem de competências que promovam o desenvolvimento interpessoal dos adolescentes, com a adoção de estilos de comunicação

assertiva, caracterizados pela possibilidade da expressão aberta e direta de preferências e opiniões, de direitos pessoais e capacidade de dizer ‘não’ e ainda pela capacidade de exprimir sentimentos positivos e negativos. (CARVALHO, 1990)

Da evolução dos modelos de prevenção de substâncias psicoativas, podemos, pois, constatar que as estratégias baseadas apenas na informação/formação dos adolescentes, em que são sublinhados os perigos dos comportamentos de risco, foram substituídas por outras que dão ênfase ao treino de competências sociais, à resolução de problemas e à intervenção em atividades sociais e comunitárias. De uma perspectiva centrada apenas no comportamento, seus efeitos e malefícios, passou-se a uma perspectiva valorizadora do desenvolvimento pessoal e de condutas ativas e responsáveis dos indivíduos. As abordagens mais recentes preconizam também a participação de outros atores do contexto social e ambiental dos adolescentes.

A prevenção de comportamentos de risco e particularmente o consumo de álcool e outras substâncias deve constituir um desafio para educadores, família e comunidade, no desenvolvimento de programas adaptados às experiências pessoais, familiares e culturais dos indivíduos e na utilização preferencial de metodologias ativas e interativas. Professores, formadores e técnicos de saúde necessitam igualmente de formação específica, designadamente na área da comunicação, bem como na utilização de metodologias de intervenção que proporcionem aos jovens a aquisição de competências, que os tornem, ativa e conscientemente, construtores das suas próprias defesas e hábitos de vida saudáveis.

Como refere Ramos (2004, 2013), é fundamental implementar políticas e estratégias preventivas e de intervenção de acordo com as necessidades individuais, sociais e culturais das crianças e das famílias; rever as políticas sociais, familiares, sanitárias e educativas, intervir de modo a fortalecer os fatores de proteção familiar, promovendo a educação parental, as competências educativas e comunicacionais dos pais e também dos profissionais dos diversos setores que acolhem e trabalham com famílias e jovens.

O acesso à informação, por si só, não é suficiente para promover o esclarecimento e a mudança. O recurso às novas tecnologias de comunicação não pode ser negligenciado como ferramenta de trabalho na abordagem de problemas e dificuldades, interesses e preocupações, já que elas são um “meio natural” de utilização pelos jovens. Contudo, a proliferação de informação, frequentemente anónima e contraditória, necessita de ser selecionada e mediada pela experiência, análise, discussão e com maturidade. Se não houver capacidade de criar

empatia e vínculos de qualidade entre os intervenientes e de adotar modalidades de comunicação adequadas, não haverá espaço consequente para partilhar, refletir, interiorizar, transformar e organizar; o sujeito ficará numa posição apenas perceptiva, superficial, sem acesso a um nível de compreensão, que lhe permita elaborar conhecimento, ter capacidade de mudança e de projetar o futuro, dar sentido aos fenómenos e à vida.

A Escola, como epicentro da atividade relacional, comunicacional, social e cultural dos adolescentes, apresenta-se assim como um espaço, um tempo e um agente privilegiado de transformação, de desenvolvimento, de educação e formação do indivíduo e da sociedade e de prevenção de comportamentos de risco; um local de reflexão que, se portador de um ambiente afetivo, emocional e comunicacional adequados, tem condições para implicar os diversos parceiros sociais, particularmente a família, os profissionais e a comunidade, no desenvolvimento de competências e na construção de hábitos de vida promotores de saúde individual e social e de bem-estar.

Referências

- aBERASTURY, A. *Adolescência*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.
- BAUMAN, Z. *Amor líquido*. Lisboa: Relógio D'Água, 2006a.
- BAUMAN, Z. *Confiança e medo na cidade*. Lisboa: Relógio D'Água, 2006b.
- BECK, U. *La Sociedad del Riesgo Global*. Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores, 2002.
- BLOS, P. *Adolescência*. São Paulo: Martins Fontes, 1962/1985.
- BORGES, A.; FERREIRA, M.; MATOS, M. G. Vida saudável e tempo de ecrã nas crianças e adolescentes portugueses: televisão, jogos e uso do computador. In: MATOS, M. G.; FERREIRA, M. (Coord.). *Nascidos digitais: novas linguagens, lazer e dependências*. Lisboa: Coisas de Ler, 2013. p. 225-252.
- BRACCONNIER, A.; MARCELLI, D. *As mil faces da adolescência*. Lisboa: Climepsi, 2000.
- CARVALHO, J. Comportamentos desviantes. In: CAMPOS, B. P. (Coord.). *Psicologia do desenvolvimento e educação de jovens*. Lisboa: Universidade Aberta, 1990. p. 214-249.

CARVALHO, M. J.; CRUZ, H. A condição da infância em Portugal. In: SAMPAIO, D., CRUZ, H.; CARVALHO, M. J. (Coord.). *Crianças e jovens em risco, a família no centro da intervenção*. Cascais: Ed. Principia, 2011. p. 35-56.

COSTA, J. A.; SAMPAIO MELO, A. *Dicionário da língua portuguesa*. 7. ed. Porto: Porto Editora, 1995.

DIAS, C. A. *O que se mexe a parar: estudos sobre a droga*. Porto: Afrontamento, 1979.

ERIKSON, E. *O ciclo de vida completo*. Porto Alegre: Artmed, 1998.

FARATE, C. *O Acto do consumo e o gesto que consome*. Coimbra: Quarteto Editora, 2000.

FEIJÃO, F.; LAVADO, E; CALADO, V. *Estudo sobre o consumo de álcool, tabaco e drogas: grupos etários dos 13 aos 18 anos: Portugal Continental*. Lisboa: IDT, 2011.

FERREIRA, M.; MATOS, M. G. Uso das novas tecnologias na adolescência e a sua evolução no estudo Health Behaviour in School-aged Children. In: MATOS, M. G.; FERREIRA, M. (Coord.). *Nascidos digitais: novas linguagens, lazer e dependências*. Lisboa: Coisas de Ler, 2013. p. 133-150.

FLEMING, M. Família e adolescência: perspectiva psicológica. In: FERNANDES, O.; MAIA, C. (Coord.). *A família portuguesa no século XXI*. Lisboa: Edições Parsifal, 2015. p. 163-169.

FLEMING, M. *Adolescência e autonomia: o desenvolvimento psicológico e a relação com os pais*. Porto: Ed. Afrontamento, 1993.

FLEMING, M. O risco de não correr risco nenhum: impasses do desenvolvimento psíquico adolescente. *Revista Portuguesa de Psicanálise*, Lisboa, n. 24, p. 97-105, Dec. 2003.

FREUD, A. *O ego e os mecanismos de defesa*. Rio de Janeiro: Civilização Editora, 1946/1986.

GIDDENS, A. *O mundo na era da globalização*. 4. ed. Barcarena: Editorial Presença, 2002.

GOMES-PEDRO, J. Intervenção na Parentalidade. In: SAMPAIO, D.; CRUZ, H.; CARVALHO, M. J. (Coord.). *Crianças e jovens em risco, a família no centro da intervenção*. Cascais: Ed. Principia, 2011. p. 390-395.

GRINBERG, L.; GRINBERG, R. *Migração e exílio*. Lisboa: Climepsi, 2004.

JACQUARD, A. *Lições de ecologia humana, da angústia à esperança*. Lisboa: Instituto Piaget, 2004.

JESSOR, R. Risk Behavior in adolescence: A psychosocial framework for understanding and action. *Journal of Adolescent Health*, Boulder, n. 12, p. 597-605, Dec. 1991.

JESSOR, R. et al. Protective Factors in Adolescent Problem Behavior: Moderator Effects and Developmental Change. *Developmental Psychology*, Boulder, n. 6, p. 923-933, Jan. 1995.

KUNH, T. *A estrutura das revoluções científicas*. São Paulo: Perspectiva, 2013.

LIPOVETSKY, G. *O crepúsculo do dever: a ética indolor dos novos tempos democráticos*. Lisboa: Publicações Dom Quixote, 1994.

MALPIQUE, C. *Pais/Filhos em consulta psicoterapêutica*. Porto: Afrontamento, 1999.

MARCELLI, D.; BRACCONNIER, A. *Adolescência e psicopatologia*. Lisboa: Climepsi, 2005.

MATOS, M. *Adolescência, representação e psicanálise*. Lisboa: Climepsi, 2005.

MEAD, M. *O conflito de gerações*. Lisboa: D. Quixote, 1970.

MOREL, A. et al. *Prevenção das toxicomanias*. Lisboa: Climepsi, 2001.

NABAIS, L. *Comportamentos de risco em adolescentes e jovens adultos da região de Lisboa: perspectivas de prevenção*. 2014. 266 f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Universidade Aberta, Lisboa, 2015. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10400.2/3727>>. Acesso em: 22 jan. 2017.

NEGREIROS, J. *Prevenção do abuso de álcool e drogas nos jovens*. Porto: Radicário, 1998.

NEGREIROS, J. A prevenção do consumo de drogas: teoria, investigação e prática. In: TORRES, N.; RIBEIRO, J. P. (Org.). *A pedra e o charco, sobre o conhecimento e intervenção nas drogas*. Lisboa: Imanedições, 2001. p. 275-292.

NEUFELD, G.; MATÉ, G. *Pais ocupados, filhos distantes*. Lisboa: Alêtheia Editores, 2013.

PATRÃO, I. *Geração Cordão, a geração que não desliga*. Lisboa: Pactor, 2017.

- PORTUGAL. Direcção Geral de Saúde. *Programa Nacional de Saúde dos Jovens 2006-2010*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde: Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes, 2006.
- PORTUGAL. Direcção Geral de Saúde. *Plano Nacional de saúde 2012-2016*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde, 2013a.
- PORTUGAL. Direcção Geral de Saúde. *Programa Nacional – Prevenção e Controlo do Tabagismo*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde, 2013b.
- RAMOS, N. *Psicologia clínica e da saúde*. Lisboa: Universidade Aberta, 2004.
- RAMOS, N. *Saúde, migração e interculturalidade*. João Pessoa: EDUFPB, 2008.
- RAMOS, N. Acolher e trabalhar com jovens entre culturas: contextos e competências interculturais. In: MEDEIROS, T. (Coord.). *Adolescência: desafios e riscos*. Ponta Delgada: Letras Lavadas Ed., 2013. p. 107-136.
- ROCHA, M.; MOTA, C. Família(s) e Vinculação. In: FERNANDES, O.; MAIA, C. (Coord.). *A família portuguesa no século XXI*. Lisboa: Edições Parsifal, 2015. p. 149-156.
- SAKELLARIDES, C. *De Alma A Harry: crónica da democratização da saúde*. 2. ed. Coimbra: Ed. Almedina, 2006.
- SAMPAIO, D. Uma proposta para o futuro. In: SAMPAIO, D.; CRUZ, H.; CARVALHO, M. J. (Coord.). *Crianças e jovens em risco, a família no centro da intervenção*. Cascais: Ed. Principia, 2011. p. 11-14.
- SPRINTHALL, N.; COLLINS, W. *Psicologia do adolescente*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2003.
- STEINBERG, L. Risk Taking in Adolescence: New Perspectives from Brain and Behavioral Science. *Current Directions in Psychological Sciences*, Philadelphia, v. 16, n. 2, p. 55-59, Apr. 2007.
- WEINER, I. *Perturbações psicológicas na adolescência*. Lisboa: FCG, 1995.

PARTE III

Saúde, educação e tecnologias de comunicação

Educação e comunicação na prevenção, segurança e saúde no trabalho

Maria da Conceição Pereira Ramos
Olívio Patrício

Introdução

O crescimento e a diversificação de riscos na sociedade contemporânea tem solicitado cada vez mais a ação e a aplicação aos riscos profissionais na segurança e proteção da saúde. Promover a saúde e a segurança no local de trabalho implica informar todos os intervenientes sobre as ações com esse objetivo utilizando diversos canais de comunicação (tais como cartazes, painéis informativos, intranet, reuniões, etc.), assim como os diferentes tipos de formação.

A promoção da saúde e segurança no local de trabalho baseia-se numa cultura saudável que exige uma gestão adequada do risco. Pressupondo o risco a interação pessoa/trabalho, Cabral (2011, p. 94) define-o “[...] como a possibilidade de que um trabalhador sofra um dano provocado pelo trabalho. À noção de risco está sempre, também, associado o elemento de incerteza”. Por isso Thébaud-Mony (2010, p. 72), salienta “[...] que os riscos profissionais não sejam mais considerados como “perigos potenciais mais ou menos previsíveis” que importa prevenir, mas como uma dimensão intrínseca à actividade de trabalho cujo carácter inelutável se impõe aos que os sofrem”.

A formação e a informação têm uma importância fundamental na metodologia da prevenção e daí o relevo que lhes é dado na legislação e nos planos e estratégias nacionais e europeus, como veremos mais adiante.

Riscos profissionais novos e emergentes causados por inovações técnicas, mudanças sociais ou organizacionais no mundo do trabalho

As transformações laborais das últimas décadas, incitadas pela evolução tecnológica e social, bem como pelos novos modelos de organização e gestão laborais e pela alteração da estrutura demográfica, modificaram a natureza do trabalho e o foro dos riscos e doenças profissionais, desencadeando novos desafios para a Saúde e Segurança no Trabalho (SST) e para certos grupos específicos de trabalhadores, mais velhos, mais jovens, migrantes, população com deficiência, mulheres, trabalhadores na economia informal e nas pequenas e médias empresas. (ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO, 2010)

Mudanças na organização do trabalho resultantes da evolução das tecnologias da informação, nomeadamente as que permitem uma conectividade constante, abrem possibilidades para processos de trabalho flexíveis e interativos. Refira-se a crescente diversidade da mão de obra e formas emergentes de emprego, refletidas nos novos regimes contratuais e de trabalho atípicos, como o trabalho a domicílio, trabalho em *call center*, emprego independente, bem como a maior mobilidade profissional associada a contratos de trabalho mais curtos, em especial para os jovens trabalhadores. (EUROFOUND, 2017; STORRIE, 2017)

Torna-se, assim, fundamental construir uma cultura de segurança e prevenção, instrumento de trabalho digno e seguro, visando desenvolver estratégias eficientes que incluam os acidentes de trabalho, mas, sobretudo, as doenças profissionais e os riscos novos e emergentes, a adoção de um sistema preventivo, integrativo e holístico, orientado para promover a saúde ocupacional, o bem-estar e a qualidade de vida. (ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO, 2010, 2011, 2013) Saliente-se igualmente a necessidade de maior sensibilização e consciencialização dos trabalhadores, empregadores e sociedade em geral, assim como o aperfeiçoamento de estratégias preventivas.

O grande aumento da complexidade na organização do trabalho, através de horários flexíveis, trabalho contingente, trabalho por turnos, trabalho a tempo parcial, trabalho temporário, subcontratação e *outsourcing*, tem repercussões inevitáveis sobre as condições de trabalho, salientando a importância da relação entre a saúde e o trabalho. (BLACK, 2012) A crise econômica, dos últimos anos, provocou consequências no trabalho e nos serviços públicos, com restrições de efetivos, afetando a qualidade de vida dos trabalhadores na Europa. (EUROFOUND, 2013) O desemprego, as condições de trabalho e certos empregos como o trabalho por turnos e noturno têm repercussões na saúde mental dos trabalhadores, podendo conduzir à depressão e mesmo ao suicídio, aumentando os riscos de natureza psicossocial e diminuindo o bem-estar e a saúde mental. (ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT, 2008, 2012) Segundo o Eurofound (2016), cerca de 21% da população ativa da União Europeia com 28 países (UE28) trabalha por turnos e 19% dos trabalhadores realiza trabalho noturno.

São crescentes a degradação da qualidade do emprego, a precarização das relações e dos vínculos laborais, a intensificação e desestabilização dos horários de trabalho, o trabalho fora dos horários usuais, o aumento do trabalho na economia informal, a não aplicação de normas de segurança e saúde com potenciais consequências de acidentes e doenças profissionais. A qualidade do trabalho é um fator determinante da saúde (COTTINI; LUCIFORA, 2013) e respeita a diversos aspectos que contribuem para o bem-estar dos trabalhadores, nomeadamente a segurança e a qualidade do ambiente de trabalho. (EUROFOUND, 2014; ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT, 2014)

Há trabalhadores sem acesso a aconselhamento, informação ou formação no domínio da SST, não estando sensibilizados para as questões da prevenção, nem dispondo de meios técnicos ou de recursos necessários para implementarem medidas de prevenção, por vezes sem conhecimento dos seus direitos e obrigações, bem como das responsabilidades do seu empregador.

Segundo o Eurofound (2016), na sexta pesquisa sobre as condições de trabalho na Europa, eliminar ou minimizar os riscos da saúde e do bem-estar dos trabalhadores é um indicador da qualidade do trabalho, o qual deverá estar no centro da política de saúde e segurança ocupacional nos países da União Europeia (UE).

Promoção da saúde nos locais de trabalho e ambiente de trabalho saudável: prevenção, avaliação e gestão de riscos em SST

A emergência de novos riscos e doenças psicossociais reforça a necessidade de reestruturar e delegar novos desafios à saúde ocupacional, definida pelos peritos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Organização Internacional do Trabalho (OIT) da seguinte forma:

Saúde ocupacional é a área que se dedica à promoção e manutenção do mais elevado padrão de bem-estar físico, mental e social dos trabalhadores de todos os sectores de actividade; à prevenção das alterações de saúde provocadas pelas suas condições de trabalho; à protecção dos trabalhadores contra os riscos resultantes de factores adversos no seu local de trabalho; a proporcionar ao trabalhador um ambiente de trabalho adaptado ao seu equilíbrio fisiológico e psicológico. (MAYAN, 2011)

Em média, 51% dos trabalhadores consideram o stresse relacionado com o trabalho como sendo comum no seu local de trabalho, atingindo este um valor elevado em empresas de todas as dimensões. (EUROPEAN AGENCY FOR SAFETY AND HEALTH AT WORK, 2013) Apesar de as patologias físicas continuarem a representar o principal foco da saúde ocupacional, a verdade é que as patologias psicossociais são apontadas como potenciais causas das doenças físicas.

Embora o bem-estar no trabalho e as condições laborais tenham melhorado substancialmente graças às novas tecnologias e a inovações na organização do trabalho, a prevenção eficaz das doenças profissionais exige uma antecipação dos potenciais efeitos negativos de inovações tecnológicas (como nanotecnologias ou biotecnologias) sobre a saúde e segurança dos trabalhadores. (EUROFOUND, 2016)

A saúde no trabalho, também denominada “saúde ocupacional”, tal como foi definida, engloba o bem-estar físico, psíquico e social, e tem como objetivo a prevenção dos riscos profissionais, a protecção e promoção da saúde do trabalhador e a adaptação do trabalho ao homem, de forma a garantir ambientes de trabalho saudáveis. (BUREAU INTERNACIONAL DO TRABALHO, 2009)

O direito a um local de trabalho seguro e saudável é um direito humano fundamental. Um ambiente de trabalho saudável é aquele em que os trabalhadores,

gestores e empregadores colaboram conjuntamente no processo de melhoria contínua quanto à proteção e promoção da saúde e bem-estar dos trabalhadores e garantem a sua segurança, em prol da sustentabilidade do trabalho (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010) pelo que há que desenvolver esforços “Para assegurar condições de trabalho seguras e saudáveis ao longo de toda a vida profissional”. (EUROPEAN AGENCY FOR SAFETY AND HEALTH AT WORK, 2016)

Uma cultura nacional de prevenção em segurança e saúde no trabalho é

uma cultura onde o direito a um ambiente de trabalho seguro e saudável é respeitado a todos os níveis, onde os governos e os trabalhadores se empenham activamente em assegurar um ambiente de trabalho seguro e saudável através da implementação de um sistema de direitos, de responsabilidades e de obrigações bem definido, e onde o princípio da prevenção tem a mais elevada prioridade. (ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO, 2010, p. 15)

O envolvimento da direção e a participação dos trabalhadores são essenciais para promover uma cultura da segurança e saúde no local de trabalho. A *Estratégia Nacional para a Segurança e Saúde no Trabalho 2015-2020* salienta que só 64% dos locais de trabalho tinham os serviços de segurança e saúde organizados nos termos da regulamentação de trabalho. (PORTUGAL, 2015) No desenvolvimento de um programa de prevenção de lesões músculo esqueléticas, Uva (2008) salienta a importância da participação de todos os trabalhadores da empresa, incluindo os órgãos da administração/gestão e as chefias intermédias, assim como a informação e formação sobre os respetivos fatores de risco.

É cada vez mais frequente integrar a promoção da saúde em geral nos programas de SST das empresas para a prevenção de acidentes de trabalho e de doenças profissionais. Os “Programas de Qualidade de Vida no Trabalho” são importantes na promoção da melhoria do ambiente e segurança do trabalho, desenvolvimento sustentável e responsabilidade social, havendo cada vez mais empregadores a adotar medidas organizacionais, ambientais e individuais para promover a saúde no local de trabalho. (EUROPEAN AGENCY FOR SAFETY AND HEALTH AT WORK, 2010a)

Como refere a Organização Internacional do Trabalho (2013) para desenvolver e sustentar uma cultura de prevenção em matéria de segurança e saúde, é preciso recorrer aos meios disponíveis para melhorar a informação,

a comunicação, o conhecimento e a compreensão dos riscos, assim como o modo de os prevenir e controlar. A necessidade de divulgar conhecimentos sobre os riscos “emergentes” (como o stresse, a violência e o assédio) é fundamental a nível nacional e internacional, com progressos científicos e técnicos na investigação e na gestão de riscos e consideração de variáveis individuais e ambientais. (EUROPEAN AGENCY FOR SAFETY AND HEALTH AT WORK, 2013; ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO, 2010, 2011; UVA, 2006) Nos fatores psicossociais de risco, destacam-se os efeitos da intensidade/complexidade do trabalho e do tempo de trabalho. (GOLLAC, 2012)

Segundo o inquérito europeu às empresas, sobre riscos novos e emergentes (ESENER) da Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (EUROPEAN AGENCY FOR SAFETY AND HEALTH AT WORK, 2010b), apenas metade dos inquiridos informa os trabalhadores acerca dos riscos psicossociais e dos seus efeitos na segurança e saúde e a grande maioria das empresas nacionais não dispõe de procedimentos implementados para lidar com estes riscos. Relativamente às principais dificuldades ao lidar com a SST, um fator mais comum, é a “falta de sensibilização” (26%) e para 24% das empresas, a “falta de competências” é outro obstáculo importante. Segundo a Comissão Europeia (2017, p. 9), 40% das empresas precisam de informações sobre como avaliar riscos psicossociais.

A grande e fácil acessibilidade à internet e a outros sistemas de informação e comunicação facilita a partilha de conhecimentos em todo o mundo e a troca de informações sobre experiências e boas práticas no domínio da SST. O sucesso de uma política de saúde e segurança no trabalho depende também da eficácia dos canais de comunicação e informação e dos instrumentos utilizados para chegar aos intervenientes envolvidos, dos decisores políticos, aos empregadores e aos trabalhadores. Torna-se assim importante procurar sinergias e criar e reforçar parcerias entre instituições e redes nacionais e internacionais competentes nesta matéria.

Paradigma de formação e informação em SST

Cabral (2011, p. 115-116) assinala que as metodologias de informação se destinam essencialmente a moldar a atitude e a sensibilizar, enquanto as metodologias de formação visam os comportamentos, incluindo o domínio operacional.

O autor indica alguns vetores fundamentais da informação em SST: riscos associados à atividade profissional do trabalhador, ao local de trabalho, a equipamentos de trabalho, produtos e modos de produção; situações de trabalho que envolvam riscos especiais; medidas de prevenção e de proteção; medidas a adotar nas situações de perigo grave e iminente e medidas de emergência; enquadramento dos trabalhadores na sua admissão na empresa, na mudança de posto de trabalho ou função, na adoção de nova tecnologia e quando envolvem trabalhadores de diversas empresas, trabalhadores independentes e prestadores de serviço; informação específica dos profissionais de SST que atuam na empresa e dos trabalhadores designados pelo empregador para funções nesta área.

Torna-se fundamental atuar ao nível de uma verdadeira prevenção das doenças e riscos profissionais, englobando o ensino da ergonomia, a formação e a informação personalizadas e adaptadas a cada indivíduo. (FALZON; TEIGER, 2002) A ergonomia tem ajudado a saúde e segurança no trabalho na construção de programas sustentáveis de transformação do ambiente de trabalho e na formação de competências. (DUARTE; VASCONCELOS, 2014) A educação e a formação no âmbito da análise ergonómica do trabalho propiciam a comunicação entre os especialistas (técnicos e cientistas) e os trabalhadores e seus representantes (sindicalistas).

A formação e os projetos de transformação do trabalho contribuíram para novas formas de prevenção de acidentes e doenças profissionais, sendo fundamental a participação de todos os atores da organização. Para além do formador e/ou ergonomista, é importante que os trabalhadores ou os seus representantes, os técnicos de segurança, de manutenção, chefias intermédias e gestores sejam envolvidos na reestruturação do processo e do local de trabalho. (LACOMBLEZ; VASCONCELOS, 2009) Facilita-se assim a consciencialização dos trabalhadores para adotarem novas formas de trabalhar e a perceção por parte da hierarquia da realidade complexa das situações de trabalho e dos riscos laborais que os trabalhadores enfrentam. É obrigação da empresa, no âmbito da informação e formação, a sensibilização para os riscos profissionais e para as medidas de prevenção, devendo esta assegurar a formação adequada às características específicas de cada posto de trabalho.

É importante informar, formar e qualificar em SST de modo a prevenir riscos profissionais, considerando variáveis como a nacionalidade, a cultura, a idade e o género.

Para potencializar o campo do controle de riscos, proteção e promoção da saúde mediante estratégias de comunicação, é necessário o desenvolvimento de metodologias de análise da recepção e das mediações socioculturais implicadas em processos comunicacionais no campo da saúde. (RANGEL, 2007, p. 1384)

A falta de formação adequada para trabalhar com grupos populacionais específicos poderá dificultar a comunicação. Nos trabalhadores imigrantes, por exemplo, os riscos laborais e de acesso aos cuidados de saúde poderão agravar-se devido a problemas linguísticos, comunicacionais, culturais, à situação migratória irregular e ao trabalho na economia informal, limitando o acesso à SST e às redes de informação/formação. (RAMOS, 2006, 2014; RAMOS; PATRÍCIO, 2015) Os fatores de risco agravam-se quando os trabalhadores estão sobrerrepresentados em setores expostos a trabalhos perigosos e menos saudáveis, mais suscetíveis de sofrerem lesões e doenças profissionais, com contratos menos seguros, temporários, com menor estabilidade de emprego e longas jornadas de trabalho.

Cabral (2011, p. 120) sintetiza vetores fundamentais da formação em SST:

- formação qualificante para técnicos de SST, médicos do trabalho e coordenador de segurança na construção;
- formação habilitante em SST a promover pelo empregador para representantes dos trabalhadores e dos empregadores, para empregadores e trabalhadores que exercem estas atividades na empresa;
- atualização da formação para técnicos de SST, médicos do trabalho e coordenadores da segurança na construção;
- formação periódica a promover pelo empregador para trabalhadores designados para exercerem as atividades de emergência;
- formação em áreas específicas a promover pelo empregador para trabalhadores em atividades profissionais de risco elevado ou quando há mudanças de tecnologia ou de formas de organização do trabalho;
- formação de grupos específicos de trabalhadores a promover pelo empregador, para trabalhadores mais vulneráveis aos riscos, como mulheres, trabalhadores precários, trabalhadores temporários etc.;
- formação dos trabalhadores em geral, a promover pelo empregador, associada à avaliação dos riscos.

Sinergias da legislação de SST com a educação

Analisaremos seguidamente como a legislação e as estratégias nacionais e europeias têm emitido recomendações no sentido de refletir melhor a problemática da saúde e segurança no trabalho nos currículos escolares e em especial na formação profissional, bem como na promoção da saúde mental e do bem-estar. (ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT, 2012)

A adaptação dos processos formativos aos desafios colocados pelas novas dinâmicas laborais e organizacionais, pelos novos riscos profissionais e exigências de qualidade de vida, deve ter por base uma política de formação permanente e eficaz. A empresa tem um papel central na execução da formação contínua dos seus trabalhadores e deverá integrá-la na sua estratégia organizacional. Conforme o artigo 133.º do Código do Trabalho o conteúdo desta formação deverá ser determinado preferencialmente por acordo entre o empregador e o trabalhador, segundo a atividade desempenhada por este último, que deverá escolher entre as áreas das tecnologias de informação e comunicação, segurança e saúde no trabalho ou língua estrangeira.

O artigo 9.º da Lei n.º 102/2009, de 10 de setembro, salienta a importância do “Regime jurídico da promoção da segurança e saúde no trabalho” e da metodologia de prevenção sustentada pelo investimento na informação e na formação: para além da integração de conteúdos sobre SST nos planos curriculares dos vários níveis de ensino, por forma a criar uma cultura de prevenção aplicável à vida adulta, é da responsabilidade do Estado português incluir também esta temática na educação e formação profissional, especialmente nas que são dedicadas a empregadores e trabalhadores, todavia nunca esquecendo a informação e a formação do público em geral.

Na sua página oficial,¹ a European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA) salienta o seguinte sobre a integração da SST na educação:

Se as crianças começarem a familiarizar-se com o tema da segurança e saúde à medida que aprendem a ler e a escrever, esta questão passa a integrar naturalmente o seu modo de trabalhar, brincar e viver.

1 Disponível em: <<https://osha.europa.eu/pt>>.

Desenvolvem uma atitude positiva face à segurança e saúde que os acompanhará durante toda a sua vida profissional.

Especificidades em categorias de trabalhadores com desvantagens

homens e mulheres não são iguais do ponto de vista biológico, e as atividades que desempenham, bem como as condições de trabalho e a forma como são tratados pela sociedade, podem diferir. Tais diferenças entre sexos afetam os riscos com que se deparam no trabalho, bem como a forma de os avaliar e controlar. (EUROPEAN AGENCY FOR SAFETY AND HEALTH AT WORK, 2013) A dimensão do género na prevenção dos riscos laborais é consagrada como objetivo na legislação comunitária e nos planos nacionais de saúde e segurança no trabalho. (AUTORIDADE PARA AS CONDIÇÕES DE TRABALHO, 2008; COMISSÃO EUROPEIA, 2014; PORTUGAL, 2015) Especificidades entre homens e mulheres têm implicações na elaboração das políticas e estratégias de prevenção em SST, sendo essencial reconhecer as diferenças de riscos entre os sexos para promover locais de trabalho mais seguros e saudáveis para todos e todas, tendo em conta a natureza do trabalho, a exigência física, a conceção ergonómica dos locais de trabalho, os efeitos dos agentes biológicos sobre a saúde reprodutiva, etc. Por exemplo, na investigação e na prevenção, os riscos para a SST das mulheres foram subestimados relativamente aos riscos incorridos pelos homens (EUROPEAN AGENCY FOR SAFETY AND HEALTH AT WORK, 2013; PATRÍCIO, 2010), a que acrescem algumas discriminações laborais sofridas pelas mulheres. (RAMOS, 2010) As longas horas de trabalho e o não respeito pelas regras de ergonomia colocam em risco homens e mulheres em todo o mundo. (ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO, 2009)

Os riscos que afetam determinados grupos etários, mais velhos e mais jovens, e os trabalhadores na economia informal requerem igualmente especial atenção e ação específica. Face às alterações demográficas, o sucesso do prolongamento da vida profissional depende da adequada adaptação dos locais de trabalho e da organização do trabalho, incluindo tempo de trabalho, acessibilidade e intervenções no local de trabalho visando os trabalhadores mais velhos. (EUROPEAN AGENCY FOR SAFETY AND HEALTH AT WORK, 2017;

RAMOS, 2015) A empregabilidade ao longo da vida deve considerar a evolução das competências e capacidades de adaptação dos trabalhadores em virtude do seu envelhecimento. Trabalhadores mais velhos têm por exemplo menos tolerância ao trabalho por turnos. Os produtos e serviços de Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) inovadores (por exemplo, para assistência à autonomia no trabalho) oferecem opções para melhorar a empregabilidade.

Por seu lado, é necessário proporcionar aos jovens um emprego que corresponda às suas capacidades, assegurando-lhes formação em matéria de SST e um enquadramento adequado e prevendo medidas de segurança específicas. Os jovens, enfrentando ambientes novos e desconhecidos no local de trabalho, podem não ter experiência e, muitas vezes, maturidade física e psicológica para enfrentar devidamente os riscos laborais. (ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO, 2010) Outros fatores que podem colocar os jovens em situação de maior risco e vulnerabilidade são, nomeadamente: competências e formação insuficientes; desconhecimento dos seus direitos e dos deveres do seu empregador; falta de reconhecimento por parte dos empregadores da proteção adicional de que os jovens trabalhadores necessitam.

Há que salientar também que a maior parte dos trabalhadores da economia informal não está registada ou protegida pela legislação laboral, não tem acesso ao aconselhamento, nem informação sobre saúde e segurança no trabalho, não estando igualmente sensibilizada para as questões da prevenção, nem dispondo de meios técnicos, ou de recursos necessários para beneficiar de medidas de prevenção. É importante para a formulação de políticas públicas ter em conta o trabalho não declarado que predomina em diferentes ocupações desfavorecidas. (EUROFOUND, 2015)

Políticas, estratégias e programas europeus de SST

Tanto os tratados da União Europeia (UE) como as diretivas políticas reconhecem a importância de preservar a saúde e a segurança dos trabalhadores, e de manter o seu bem-estar. O tema das condições de trabalho e o impacto no bem-estar e saúde do trabalhador tornam-se um tema atual que tem suscitado bastante interesse na Europa. (BARNAY, 2016) Uma das estratégias prioritárias da Europa 2020 é aumentar a qualidade dos postos de trabalho de forma a melhorar a saúde mental e o bem-estar psicológico dos trabalhadores. (COTTINI; LUCIFORA, 2013)

As normas internacionais relativas à SST são utilizadas como instrumentos de referência pelos Estados-membros para a elaboração e reforço dos seus sistemas, regulamentações e práticas nacionais de SST. A maioria dos Estados-membros da OIT comprometeu-se a implementar em cada país os programas de promoção do trabalho digno e sustentável, sublinhando a necessidade de melhorar a SST para todos os trabalhadores. (ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO, 2017) Assim, os Estados elaboraram programas nacionais de SST que salientam as grandes prioridades nacionais.

A UE adota uma estratégia comunitária para a SST (COMISSÃO EUROPEIA, 2014), os seus Estados-membros analisam em conjunto as tendências em matéria de SST e as suas implicações, através de investigação aplicada e trocas de informações sobre as suas estratégias nacionais. Estas iniciativas levam à adoção de programas nacionais de SST, baseados em parcerias entre governos, organizações de trabalhadores e de empregadores e outros intervenientes, tais como a comunidade científica, associações de profissionais da SST e instituições de ensino e de formação.

A European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA) desempenha um papel essencial na recolha e divulgação de informações relevantes em matéria de SST, na facilitação do intercâmbio de boas práticas e no desenvolvimento de campanhas de sensibilização e informação, contribuindo para uma implementação mais eficaz da política de saúde e segurança no trabalho ao nível da UE.

Planos, acordos e estratégias nacionais de SST em Portugal

em Portugal, a Autoridade para as Condições de Trabalho (ACT)² desenvolve campanhas de informação e sensibilização sobre prevenção de riscos profissionais, procurando incutir uma cultura de prevenção em matéria de SST. A ACT assume a missão de promover a melhoria das condições de trabalho, através de várias modalidades: controlando e monitorizando essas práticas de forma a serem cumpridas; sensibilizando, informando, aconselhando e regulando as condições laborais; fazendo aplicar as técnicas de segurança no trabalho; promovendo a formação especializada; e apoiando instituições e sindicatos na formação dos seus representantes. Os dois grandes objetivos da ACT são

2 Disponível em: <<http://www.act.gov.pt>>.

promover a redução dos acidentes de trabalho e dos fatores de risco das doenças profissionais e a redução do trabalho não declarado e fenómenos conexos. Portugal apresenta, em termos europeus, o valor mais elevado no que respeita aos acidentes de trabalho não mortais e o segundo no que respeita aos acidentes mortais. A *Estratégia Nacional para a Segurança e Saúde no Trabalho 2015-2020* tem como objetivo diminuir o número de acidentes de trabalho em 30%. (PORTUGAL, 2015)

Em Portugal, o *Acordo de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho* (1991), o *Acordo de Concertação Estratégica - 1996-1999* (1996), o *Livro Branco dos Serviços de Prevenção das Empresas* (1999), o *Acordo sobre Condições de Trabalho, Higiene e Segurança no Trabalho e Combate à Sinistralidade* (2001), apelaram à necessidade de informar, formar e qualificar para a prevenção de riscos profissionais, da inclusão progressiva destas matérias nos programas escolares e da formação profissional, bem como de difundir e fomentar uma cultura de prevenção.

Na 1ª *Estratégia Nacional para a Segurança e Saúde no Trabalho 2008-2012*, foram assinalados objetivos para melhorar as condições de trabalho em Portugal (AUTORIDADE PARA AS CONDIÇÕES DE TRABALHO, 2008):

- Objetivo n.º 1: desenvolver e consolidar uma cultura de prevenção entendida e assimilada pela sociedade;
- *Medida n.º 1.2* - conceber e implementar campanhas de consciencialização e sensibilização da opinião pública, com ações genéricas, mas também campanhas de natureza setorial, direcionadas a alvos específicos, como grupos de trabalhadores mais vulneráveis (jovens, idosos, mulheres, migrantes, portadores de deficiência, trabalhadores precários), segmentos empresariais específicos (pequenas e microempresas), setores de atividade de maior sinistralidade e trabalhadores independentes;
- Objetivo n.º 2: aperfeiçoar os sistemas de informação no domínio da SST;
- Objetivo n.º 3: incluir, nos sistemas de educação e investigação, abordagens preventivas de SST, que devem ter início no 1.º ciclo do ensino;
- Objetivo n.º 9: melhorar a qualidade da prestação dos serviços de SST e incrementar as competências dos respetivos intervenientes.

O quadro estratégico da UE para a saúde e segurança no trabalho 2014-2020 (COMISSÃO EUROPEIA, 2014) aponta desafios como o de prestar atenção ao impacto das mudanças na organização do trabalho em termos de saúde física e mental e respostas às mudanças demográficas, combatendo o envelhecimento da mão-de-obra e os novos riscos emergentes e prevenindo as doenças relacionadas com o trabalho.

A Estratégia Nacional para a Segurança e Saúde no Trabalho 2015-2020 – “Por um trabalho seguro, saudável e produtivo” (ENSST 2015-2020) (PORTUGAL, 2015), apresenta objetivos específicos, assinalando a necessidade de todas as entidades que desempenham funções na prevenção terem formação e meios adequados:

- Medida 1 Promover a inclusão de matérias referentes à SST na aprendizagem em todos os graus de ensino, incluindo sensibilização permanente ao longo de todo o percurso escolar;
- Medida 2 Promover a formação da comunidade educativa, incluindo professores, educadores e pessoal não docente sobre SST, assegurando, sempre que possível, que os cursos de formação, neste domínio, sejam creditados para efeitos de valorização profissional;
- Medida 3 Desenvolver ações de prevenção dirigidas a públicos específicos, nomeadamente trabalhadores: jovens; mulheres; setor público; trabalhadores com mais de 55 anos; a termo; temporários; tempo parcial; teletrabalho; independentes; migrantes; com deficiência; com doença crónica;
- Medida 7 Promover parcerias entre instituições públicas e privadas e entidades de investigação no âmbito de SST, bem como desenvolver e divulgar projetos de investigação em áreas prioritárias de segurança e saúde nos locais de trabalho;
- Medida 21 Realizar ações de formação/sensibilização/informação para empregadores e trabalhadores em SST;
- Medida 23 Promover a integração e adequação de oferta formativa de SST em setores de atividade específicos no Catálogo

Nacional de Qualificações, bem como desenvolver ações de formação em SST;

Medida 30 Realizar ações de cooperação em matéria de SST;

Medida 31 Promover ações e intercâmbio entre técnicos portugueses e de países terceiros.

Também o Programa Nacional de Saúde Ocupacional (PNSOC) 2.º ciclo 2013/2017 (PORTUGAL, 2013), apresenta prioridades estratégicas, dirigindo-se aos setores da saúde e da administração pública (central e local), às grandes empresas, e às populações mais vulneráveis no trabalho, designadamente: jovens e idosos, trabalhadores com deficiência, grávidas, puérperas ou lactantes e migrantes. O programa PNSOC salienta a crescente importância dos fatores étários na determinação de riscos profissionais e o aumento da economia informal abrangendo uma grande proporção de trabalhadores, em cujos locais de trabalho a legislação de SST não é muitas vezes aplicada.

Considerações finais – importância da educação, comunicação e informação em SST

A sensibilização para a temática da saúde e segurança no trabalho começa na escola. Incluir ou integrar na educação a SST constitui um elemento fundamental para o desenvolvimento de uma cultura de prevenção e segurança, através do ensino das crianças e dos jovens adultos no sentido de viverem e trabalharem com mais segurança e qualidade.

Há que desenvolver uma abordagem multi/interdisciplinar integrada da SST, tendo em conta o bem-estar físico, mental e social das mulheres e dos homens no trabalho, em todos os setores, público, privado e terceiro setor, e, sobretudo na economia informal. Esta abordagem global é fundamental no que respeita aos riscos novos e emergentes de SST, como o crescimento de riscos psicossociais, fruto das novas configurações laborais face a uma economia mutável, bem como para garantir um desenvolvimento económico e social sustentável.

Para implementar programas e políticas de reforço da prevenção de acidentes e doenças profissionais são indispensáveis ações de divulgação e sensibilização, a melhoria contínua dos sistemas de SST, assim como o aperfeiçoamento

de estratégias preventivas. Será importante fazer com que as medidas de SST sejam plenamente integradas em programas de emprego mais alargados tendo em vista a melhoria das condições de trabalho.

É necessário um trabalho de sensibilização nas empresas que conduza a maior consciencialização, por todas as partes envolvidas, dos riscos e perigos associados ao ambiente de trabalho e aprendendo a evitá-los, e boas práticas para garantir que empregadores e representantes dos trabalhadores encontrem soluções nos locais de trabalho que previnam os riscos laborais.

Para desenvolver e sustentar uma cultura de prevenção em matéria de SST, é preciso melhorar a utilização dos meios disponíveis para favorecer a informação, a comunicação, o conhecimento e a compreensão dos riscos, assim como o modo de os prevenir e controlar. Meios de comunicação como a internet, as aplicações em linha e as redes sociais oferecem uma variedade de instrumentos que podem promover mais possibilidades do que as abordagens tradicionais para chegar a um número maior e mais diversificado de trabalhadores, nomeadamente aos mais jovens.

Os aspetos multidimensionais da saúde e da qualidade de vida devem ser conjugados com políticas públicas e privadas eficazes, europeias e nacionais, que respondam aos principais desafios da saúde ocupacional na atualidade. É importante promover oportunidades de saúde para todos, conceber estratégias e políticas e construir caminhos e condições favoráveis, para que qualquer ser humano possa exercer a sua cidadania através do

[...] desenvolvimento de competências teóricas, metodológicas e instrumentais em comunicação, aplicáveis nos diferentes domínios da saúde em contextos educativos, comunitários, de gestão organizacional, laborais, clínicos, dos média e multi/interculturais. (RAMOS, 2012, p. 4)

Referências

AUTORIDADE PARA AS CONDIÇÕES DE TRABALHO. *Estratégia nacional para a segurança e saúde no trabalho 2008-2012*. Lisboa: ACT, 2008.

BARNAY, T. Health, work and working conditions: a review of the European economic literature. *European Journal of Health Economics*, v. 17, n. 6, p. 693-709, July, 2016.

BUREAU INTERNACIONAL DO TRABALHO. *Saúde e vida no trabalho: um direito humano fundamental*. Genebra: BIT, 2009.

BLACK, D. Work, health and wellbeing. *Safety Health Work*, v. 3, n. 4, p. 241-242, Dec. 2012.

CABRAL, F. *Segurança e saúde do trabalho: manual de prevenção de riscos profissionais*. Lisboa: Verlag Dashöfer, 2011.

COMISSÃO EUROPEIA. *Comunicação da Comissão ao Parlamento Europeu, ao Conselho, ao Comité Económico e Social Europeu e ao Comité das Regiões relativa a um quadro estratégico da UE para a saúde e segurança no trabalho 2014-2020*. Bruxelas, 2014. COM, 332.

COMISSÃO EUROPEIA. *Comunicação da Comissão ao Parlamento Europeu, ao Conselho, ao Comité Económico e Social Europeu e ao Comité Das Regiões. Condições de trabalho mais seguras e mais saudáveis para todos - Modernização da política e da legislação da UE em matéria de saúde e segurança no trabalho*. Bruxelas, 2017. COM (2017) 12 final, 2017.

COTTINI, E.; LUCIFORA, C. Mental health and working conditions in Europe. *Industrial and Labor Relations Review*, v. 66, n. 4, p. 958-988, 2013.

DUARTE, S.; VASCONCELOS, R. Análise da atividade, participação e sustentabilidade da ação transformadora: reflexões a partir do Projeto Matrioska. *Laboreal*, Porto, v. X, n. 1, p. 32-46, jul. 2014.

EUROFOUND. *Impact of the crisis in working conditions in Europe*. Dublin: European Foundation for the improvement of living and working conditions, 2013.

EUROFOUND. *Working conditions and job quality: Comparing sectors in Europe*. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2014.

EUROFOUND. *Improving working conditions in occupations with multiple disadvantages*. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2015.

EUROFOUND. *Sixth European Working Conditions Survey – Overview report*. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2016.

EUROFOUND. *Exploring self-employment in the European Union*. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2017.

EUROPEAN AGENCY FOR SAFETY AND HEALTH AT WORK.

Promoção da saúde no local de trabalho para empregadores. *FACTS 93*, 2010a, TE-AE-09-093-PT-C.

EUROPEAN AGENCY FOR SAFETY AND HEALTH AT WORK. *ESENER – Inquérito europeu às empresas sobre riscos novos e emergentes*. Bilbao: EU-OSHA, 2010b.

EUROPEAN AGENCY FOR SAFETY AND HEALTH AT WORK. *Gestão do stresse e dos riscos psicossociais no trabalho*. Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia, 2013a.

EUROPEAN AGENCY FOR SAFETY AND HEALTH AT WORK. *Locais de trabalho saudáveis para todas as idades: guia da campanha promover uma vida profissional sustentável*. Bilbao, 2016.

EUROPEAN AGENCY FOR SAFETY AND HEALTH AT WORK. *New risks and trends in the safety and health of women at work*. Luxembourg: Publication Office of the European Union, 2013.

FALZON, P.; TEIGER, C. Ergonomia e formação. In: CARRÉ, P.; CASPAR, P. (Ed.). *Tratado das ciências e das técnicas da formação*. Lisboa: Instituto Piaget, 2002. p. 161-178.

GOLLAC, M. (Dir.) Les risques psychosociaux au travail : d'une question de société à des questions scientifiques. *Travail et Emploi*, n. 129, p. 5-10, janv./mars, 2012.

LACOMBLEZ, M.; VASCONCELOS, R. Análise ergonómica da actividade, formação e transformação do trabalho: opções para um desenvolvimento durável. *Laboreal*, Porto, v. 5, n. 1, p. 53-60, jul. 2009.

MAYAN, O. Higiene do trabalho e saúde ocupacional. In: MAYAN, O. *Manual de higiene, segurança e saúde do trabalho*. Lisboa: Verlag Dashofer, 2011.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. Are all jobs good for your health? The impact of work status and working conditions on mental health. In: ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. *OECD Employment Outlook*. Paris: OECD, 2008. p. 203-262.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. *Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work, Mental Health and Work*. Paris: OECD, 2012.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. How good is your job? Measuring and assessing job quality. In: ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. *OECD Employment Outlook*. Paris: OECD, 2014. p. 79-139.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. *Segurança e saúde no trabalho para homens e mulheres*. Lisboa: OIT: ACT, 2009.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. *Riscos emergentes e novas formas de prevenção num mundo de trabalho em mudança*. Lisboa: OIT: ACT, 2010.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. *Sistema de gestão da segurança e saúde no trabalho: um instrumento para uma melhoria contínua*. Lisboa: OIT, 2011. Tradução em português da ACT.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. *A prevenção das doenças profissionais*. Lisboa: OIT, 2013.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. *O trabalho digno e a agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável*. Genève: OIT, 2017.

PATRÍCIO, O. Prevenção e segurança no trabalho, mobilidade e género. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL FAZENDO GÊNERO, 9., 2010. Florianópolis. *Anais eletrônicos...* Florianópolis: UFSC, 2010.

PORTUGAL. Direção Geral da Saúde. *Programa nacional de saúde ocupacional (PNSOC) 2º ciclo 2013/2017*. Lisboa: DGS, 2013.

PORTUGAL. Presidência do Conselho de Ministros. *Estratégia Nacional para a Segurança e Saúde no Trabalho 2015-2020* “Por um trabalho seguro, saudável e produtivo”. *Diário da República*, Lisboa, 1.ª série, n. 183, 18 set. 2015.

RAMOS, M. C. P. Migrações e género – trabalho, empreendedorismo e discriminações. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL FAZENDO GÊNERO, 9., 2010. Florianópolis. *Anais eletrônicos...* Florianópolis: UFSC, 2010.

RAMOS, M. C. P. Envelhecimento ativo, segurança e saúde no trabalho - desafios contemporâneos. In: *The Overarching Issues of the European Space – Spatial Planning*

- and Multiple Paths to Sustainable and Inclusive Development*. Porto: Faculdade de Letras/Universidade do Porto, p. 49-66, 2015.
- RAMOS, M. C.; PATRÍCIO, O. Riscos laborais de homens e mulheres migrantes e segurança no trabalho. In: SILVA, I. C.; PIGNATELLI, M.; VIEGAS, S. M. (Ed.). *Livro de Atas do 1º Congresso da Associação Internacional de Ciências Sociais e Humanas em Língua Portuguesa*. Lisboa: AICSHLP, 2015. p. 2948-2955.
- RAMOS, N. Migração, aculturação, stresse e saúde. Perspectivas de investigação e de intervenção. *Psychologica*, Coimbra, n. 41, p. 329-350, 2006.
- RAMOS, N. Comunicação em saúde e interculturalidade. Perspectivas teóricas, metodológicas e práticas. *RECIIS – Revista Eletrónica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 4, p. 1-19, dez. 2012.
- RAMOS, N. Migrações, tráfico de pessoas e trabalho doméstico. *Revista de Políticas Públicas*, São Luís, v. 18, n. 2, p. 425-438, jul./dez. 2014.
- RANGEL, M. L. Comunicação no controle de risco à saúde e segurança na sociedade contemporânea: uma abordagem interdisciplinar. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 5, p. 1375-1385, out. 2007.
- RASMUSSEN, J. Risk management in a dynamic society: a modelling problem? *Safety Science*, London, v. 27, n. 2/3, p. 183-213, Nov./Dec. 1997.
- STORRIE, D. *Aspects of non-standard employment in Europe*. Dublin: Eurofound, 2007.
- THÉBAUD-MONY, A. Riscos. *Laboreal*, Porto, v. 6, n. 1, p. 72-73, 2010.
- UVA, A. S. Avaliação e gestão do risco em saúde ocupacional: algumas vulnerabilidades. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Lisboa, v. 6, p. 5-12, 2006.
- UVA, A. et al. *Lesões musculoesqueléticas relacionadas com o trabalho: guia de orientação para a prevenção*. Lisboa: Direção Geral da Saúde, 2008.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Healthy workplaces: a model for action*. Geneva: WHO, 2010.

As tecnologias de comunicação na prevenção e educação em saúde: o caso dos comportamentos aditivos na adolescência

Ana Isabel Mateus Silva

Introdução

[...] usar ou não computadores na aprendizagem, não é mais uma questão na educação. A atual questão está em garantir que computadores sejam utilizados de forma eficaz para criar novas oportunidades de ensino e aprendizagem. (VALANIDES; ANGELI, 2008, p. 3)

A História do Homem fez-se de grandes revoluções, mas temos dados para afirmar que a revolução das tecnologias da informação foi a que causou e continua a causar mudanças mais profundas na organização psicológica do indivíduo, quer em relação ao seu meio ambiente, quer em relação a si mesmo.

A sociedade hodierna já não vive sem redes sociais, fazendo parte da vida de cada adolescente um objeto retangular que este manuseia incessantemente, pois aí, pensa, encontrar tudo de que precisa.

Neste capítulo, vamos refletir sobre o uso das redes sociais na prevenção das adições na adolescência, recorrendo a uma pesquisa bibliográfica, bem como à nossa própria reflexão decorrente do nosso trabalho com adolescentes, quer em contexto de trabalho, quer na área de investigação. O ecrã do computador passou a ser a janela para o mundo, a partir da qual é feita quase toda a interação

com o mesmo. Este novo modelo de relação com o mundo apresenta um maior atrativo, uma resposta mais rápida, eficaz, recompensas imediatas, uma interatividade e ainda atividades de divertimento e socialização. Surge então um fenómeno tecnológico inédito, a criação de espaços virtuais de interações, de realidades imaginárias em lugares também imaginários.

O desenvolvimento das tecnologias da informação, presente na nossa sociedade, sociedade em rede ou do conhecimento, alterou de um modo bastante significativo a organização social e as relações entre os indivíduos. O paradigma da informação/educação é composto por informação como matéria-prima, desenvolvimento das novas tecnologias com ampliação da sua presença na sociedade, princípio da interconexão, flexibilização dos processos e convergência das tecnologias. (CASTELLS, 2003)

O uso da internet leva a alterações ao nível da informação, da velocidade da mesma, do volume e dos espaços. O que por sua vez foi provocar alterações nas relações sociais entre os indivíduos. “A internet parece ter um efeito positivo sobre a interação social, e tende a aumentar a exposição a outras fontes de informação”. (CASTELLS, 2003, p. 225)

Nos nossos dias, verificamos que as crianças e os adolescentes vivem em dois mundos: o mundo real e o mundo digital ou virtual, este último parece muito mais interessante e surpreendente, nele existe mais aventuras, mais oportunidades, uma procura mais facilitada pela autonomia, mas também mais perigos e riscos para a saúde. O espaço cibernético, e a velocidade da comunicação que se torna possível com a internet, onde todos se encontram, aprendem, jogam, brincam, brigam, trocam fotografias, ganham dinheiro, começam e terminam amizades, bem como namoro. (EISENSTEIN; BESTEFENON, 2011)

O período da adolescência, devido à sua procura de identidade e de autonomia, caracteriza-se por um certo grau de ansiedade que nem sempre é passível de ser controlado, mas nessa realidade virtual, todos os adolescentes podem disfarçar melhor esta ansiedade, a confusão, os medos, sem que os adultos se apercebam. Na atualidade a maioria dos adolescentes navega na internet melhor e mais facilmente que os pais e muitos professores. Neste momento, os adolescentes falam em internetês.¹ Utilizam abreviaturas, emoções e maneiras diferentes de se expressar e comunicar, essencialmente através dos *smiles*.

1 “Modificação criativa na escrita da língua em ambiente digital, cujas características apontam para uma linguagem alfanumérica”. (ARAÚJO, 2007, p. 28)

Muitos adolescentes têm dificuldades em escrever no papel e nem sabem o que é caligrafia ou gramática.

Consumo de substâncias psicoativas

de acordo com a United Nations Office on Drug and Crime (2013), no que diz respeito ao consumo de substâncias psicoativas, a nível do quadro europeu, estima-se que cerca de 85 milhões de adultos terão já consumido alguma substância ilícita ao longo da vida, o que corresponde a cerca de um quarto da população adulta. O aparecimento de novas substâncias psicoativas tem vindo a aumentar a nível europeu, essencialmente nos últimos anos, destaca-se as substâncias sintéticas agonistas para recetores de canabinóides, as feniletilaminas e as catinonas sintéticas, grupos de substâncias que mimetizam as substâncias ilegais mais comuns. (OBSERVATÓRIO EUROPEU DA DROGA E DA TOXICODEPENDÊNCIA, 2013) A nível mundial ainda existem poucos dados representativos das populações nacionais relativamente à prevalência do consumo destas substâncias. (EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION, 2013)

Relativamente a Portugal, Balsa, Vital & Urbano (2013) referem que cerca de 8,4% da população em 2012, com idades compreendidas entre os 15-74 anos já tinha tido pelo menos uma experiência de consumo de substâncias ilícitas ao longo da vida e 2,3% tinha consumido nos últimos 12 meses. Constatou-se que a substância ilícita mais consumida no país é a *cannabis* (8,3%/2,3%), seguida do *ecstasy* (1,1%/0,2%) e da cocaína (1,0%/0,2%). Os consumos são sempre superiores no sexo masculino e nas idades compreendidas entre os 15 e os 44 anos, independentemente do tipo de consumo (experimental, recente ou atual) e da substância. (EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION, 2013).

No que respeita às dependências sem Substâncias Psicoativas, apenas encontramos destaque ao fenómeno do jogo. O jogo é uma problemática com uma história recente em termos de definição de políticas de saúde a nível europeu, sendo a evidência sobre as suas diversas vertentes esparsas e de alguma forma incoerente, fruto da utilização de delimitações conceptuais distintas.

No presente Plano preconiza-se igualmente a necessidade de impulsionar intervenções baseadas na evidência científica, tendo em conta

as melhores práticas, flexibilizando as áreas de intervenção até agora desenvolvidas. Este entendimento poderá levar à recombinação das suas modalidades, de forma a potenciar o seu âmbito específico como seja a extensão do domínio da prevenção à redução dos riscos associados ao consumo, a interação entre práticas, como por exemplo, de tratamento e redução de danos, alterações para as quais os dados mais recentes do conhecimento científico já apontam. (FAGGIANO. et al., 2008; EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION, 2013)

Adolescência e comportamentos aditivos

Para falarmos de comportamentos aditivos, temos primeiro definir adicção.

A etimologia latina do termo adicção remete à submissão do devedor inadimplente ao credor, que podia fazer daquele seu escravo. Optou-se pela utilização desse termo, acompanhando a tendência dos estudos franceses acerca do fenómeno [...], que enfatizam precisamente o carácter de escravização dos indivíduos adictos a uma única solução para escaparem do sofrimento psíquico, com menor ênfase na especificidade do produto/objeto de adicção utilizado. (SOUZA; KALLAS, 2009, p. 378)

A adolescência é uma fase da vida, etapa do desenvolvimento que merece uma atenção especial, tal como referem os autores Pepin (1977), Sampaio (1994) e Silva (2004). Esta etapa é considerada um período de crise/mudança, que se situa entre a infância e a idade adulta: Dependência (proteção) e Independência (autonomia), caracterizando-se por contradições, confusões, ambivalências, conflitos com os pais e com a função parental, ao mesmo tempo que procura a identidade e a autonomia. (SILVA, 2004)

De acordo com Nabais, 2014, os comportamentos de risco e suas implicações na saúde dos adolescentes, independentemente dos modelos explicativos e estratégias de intervenção, é de extrema importância

[...] analisar as interações dos indivíduos nos seus contextos, o estudo do desenvolvimento e da saúde nas situações em que ocorrem,

o que permite analisar factores de risco, factores protectores e factores que interferem no individuo e no ambiente. (RAMOS, 2004, p. 150)

Uma vez que o risco faz parte da sociedade e faz parte essencialmente da adolescência, o mais importante é desenvolver a resiliência, uma abordagem complementar, associando os factores de risco e de protecção. A resiliência assume uma posição importante como elemento protetor em situações adversas, e pode ser um revelador de capacidades internas. No geral, os factores protetores envolvem dimensões internas, interrelacionais e ambientais que, no seu conjunto e articulados, podem proteger e auxiliar na predição do comportamento saudável. (NABAIS, 2014)

A resiliência implica a capacidade do Homem para ultrapassar as dificuldades para realizar-se e projetar-se na vida. A criança e o individuo resiliente são capazes de desenvolver, mesmo em situações adversas, estratégias de adaptação adequadas (RAMOS, 2004, p. 150)

Mas se a criança e o adolescente não desenvolveram esta capacidade de resiliência mais dificuldades terão na sociedade atual, uma vez que esta é palco de múltiplos acontecimentos, que ocorrem simultaneamente sem que possamos compreender o seu significado; tudo se passa a uma velocidade tal que é impossível acompanhar. A sociedade vê-se invadida pelo risco; risco social, económico ou industrial (BECK, 2002) que cada vez mais é difícil de ser controlado pelas instituições que até aqui protegiam os cidadãos. (NABAIS, 2014)

Surtem, assim, e de acordo com a DSM V (*Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*), os transtornos relacionados com substâncias e transtornos aditivos. Os transtornos relacionados com substâncias abrangem 10 classes distintas de drogas: álcool; cafeína; Cannabis; alucinógenos (com categorias distintas para fenciclidina [ou arilciclo-hexilaminas de ação similar] e outros alucinógenos); inalantes; opioides; sedativos, hipnóticos e ansiolíticos; estimulantes (substâncias tipo anfetamina, cocaína e outros estimulantes); tabaco; e outras substâncias (ou substâncias desconhecidas). Essas 10 classes não são totalmente distintas; todas as drogas que são consumidas em excesso têm em comum a ativação direta do sistema de recompensa do cérebro, o qual está envolvido no reforço de comportamentos e na produção de memórias. A ativação do sistema de recompensa é intensa, a ponto de fazer atividades normais

serem negligenciadas. Em vez de atingir a ativação do sistema de recompensa por meio de comportamentos adaptativos, as drogas de abuso ativam diretamente as vias de recompensa. Os mecanismos farmacológicos pelos quais cada classe de drogas produz recompensa são diferentes, mas elas geralmente ativam o sistema e produzem sensações de prazer, frequentemente denominadas de “barato” ou “viagem”. Além disso, indivíduos com baixo nível de autocontrole, o que pode ser reflexo de deficiências nos mecanismos cerebrais de inibição, podem ser particularmente predispostos a desenvolver transtornos por uso de substância, sugerindo que, no caso de determinadas pessoas, a origem dos transtornos por uso de substância pode ser observada nos seus comportamentos muito antes do início do uso atual de substância propriamente dito. (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014, p. 481)

Tecnologias de comunicação na educação para a saúde na adolescência

Cada vez mais os setores da sociedade, bem como o setor da saúde, precisam de utilizar as tecnologias para ampliar o conhecimento e empoderar a comunidade com informações de saúde (CAVALCANTE, 2012), quer a nível da prevenção e da promoção. O mesmo autor destaca como exemplos destas tecnologias: as redes de telessaúde, o uso de softwares educacionais, a realidade virtual, a utilização dos computadores para simulações, o uso da internet e suas facilidades. Surge um desafio emergente é a necessidade de ampliar o acesso de adolescentes às informações sobre saúde.

Mas estas informações devem ser inseridas em ambientes de reflexões e discussões sobre as questões inerentes a sua faixa etária. Não apenas e isoladamente a reflexão sobre a prevenção das adições, mas incluídas com outros temas como a gravidez na adolescência, sexualidade, e *bullying*, entre outros que possam ser sugeridos pelos adolescentes. Estes temas podem ser trabalhados a partir do uso de Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) em saúde, uma vez que para os adolescentes, estes instrumentos tecnológicos fazem parte do seu dia a dia.

As propriedades infra-estruturais que promovem a representação de conteúdos, a descrição do ambiente de utilização e a adaptação dos conteúdos informativos e comunicacionais, são cruciais para uma concepção que sustente a necessidade do uso válido da tecnologia em

contextos formativos. Mas estas propriedades não podem produzir quaisquer resultados se não integrarem as propriedades sociais que validam o interesse de uso das TIC em qualquer contexto, nomeadamente no educativo. (DAMÁSIO, 2007, p. 100-101)

As múltiplas dimensões que a atividade formativa mediada por meios eletrônicos proporciona nos processos educativos, desenvolvidos no âmbito da saúde, uma vez que é uma mais-valia ao nível do enriquecimento da interação entre formadores e formandos. As TIC assumem, assim, um papel que ultrapassa o de um simples meio de transmissão de conhecimentos, podendo contribuir para a mudança de atitudes, comportamentos e práticas. Esta é uma esfera de intervenção que apresenta benefícios, essencialmente a nível espacial, temporal e socioeconómico. A escola pode ser um elo efetivo de ligação entre a saúde e a educação, em virtude de ser um campo privilegiado de ligação com a comunidade. Representando um importante espaço de socialização e de cidadania, deve assumir a responsabilidade de promover e manter a adoção de comportamentos saudáveis, adequados ao contexto em que se insere. (BROUSSOULOUX; HOUZELLE-MARCHAL, 2007)

Vivemos e convivemos com informatização: grupos sociais interagem na internet, as conversas e convívios realizam-se mediados pela TIC, enviamos e recebemos documentos, anteriormente via correio com algum tempo de espera, agora via internet no mesmo instante e até mesmo a validação de documentos e assinaturas acontece nesse ambiente virtual.

Nos nossos dias, a comunicação quer seja formal ou informal acontece em ambientes virtuais. Estes ambientes para alguns ainda não são muito comuns ou até estranhos, mas para a grande maioria, essencialmente crianças e adolescentes, este é o seu mundo, tudo se passa à volta de ambientes totalmente informatizados. As escolas, algumas ainda com projetos piloto, já se começam a enquadrar nestes contextos, bem como a saúde. Assim, dois pilares da sociedade: educação e saúde estão aos poucos se envolvendo com esse movimento irreversível de um *modus operandi*, já estabelecido na comunicação. Neste sentido Soares-Leite e Nascimento-Ribeiro (2012, p. 3) salientam que: “[...] inserção das TICs na educação pode ser uma importante ferramenta para a melhoria do processo de ensino-aprendizagem”.

As redes sociais são mantidas através de atividades comunicacionais, componente essencial nas relações humanas, sendo o sistema educacional uma

dessas redes especializado em “informar” pessoas jovens. (SACRISTÁN, 2007; SOBRAL, 2009) Nesse ambiente virtual, os estímulos são múltiplos, e a criança interage explorando quase todos os sentidos ao mesmo tempo: ela vê, ouve, toca, é estimulada nas sensações gustativas e odoríficas, tornando-se a aprendizagem muito mais atraente.

Em toda esta realidade virtual, o mais importante é estarmos atentos a tudo o que vai favorecer o desenvolvimento da criança e adolescente, e bloquear tudo aquilo que só lhe causará algum distúrbio naquele momento ou mais tarde. No entanto, ainda sabemos muito pouco sobre algumas influências negativas deste ambiente. Da mesma forma que as crianças e adolescentes tinham acesso à informação informal nas ruas, nas conversas, nas casas e na televisão, no ambiente virtual não é diferente, há acesso a todo o tipo de informação e pessoas. É necessário ficarmos atentos a esses aspetos, no caso em questão das TICs, disponibilizando acesso apenas para a construção de conteúdos na área da educação para a saúde, nomeadamente na prevenção de comportamentos aditivos a especialistas da área. Para isso as escolas, professores e especialistas da saúde na área das adições precisam estar preparados, como afirma Demo (2011, p. 23):

O que ocorre é que o professor precisa reestruturar-se em um novo momento pedagógico e tecnológico, para atuar nele como sujeito, não como objeto.

E acrescentamos que não é apenas o professor, mas também os especialistas das áreas de prevenção e promoção das adições. De acordo com Calvacante (2012), o desenvolvimento das TIC no ambiente escolar também vem oferecer um importante papel na educação para a saúde a nível da informação/desenvolvimento de competências sociais e emocionais, entendendo-se esta educação como uma forma de alterar comportamentos nocivos para comportamentos adequados, proporcionando uma melhoria da saúde e, concomitantemente, da qualidade de vida. Não nos podemos esquecer de que, neste momento, é vital levar em conta as tecnologias como o recurso mais adequado para estabelecer algum tipo de comunicação com os adolescentes e a escola é o sitio ideal para os profissionais de saúde trabalharem conhecimentos, habilidades e mudanças de comportamento.

Redes sociais como estratégia de prevenção de comportamentos aditivos na adolescência

As redes sociais *online*, normalmente são sites com funções de partilha de conteúdos e de comunicação entre os utilizadores. Podem ser redes sociais horizontais, que têm a função de conexão dos utilizadores, nomeadamente o Facebook, Hi5, Twitter, Myspace e Orkut, ou redes sociais verticais que são aquelas em que os utilizadores estão interessados no tema central e, por isso, conectam-se para debater um determinado assunto ou tema; partilham ideias, interesses, gostos, opiniões pelo tema em comum, tais como o Travepod, Trip Advisor, LonelyPlan. (AMANTE et al., 2014)

Parece-nos que estas redes sociais do tipo horizontal podem ser utilizadas na área da prevenção de comportamentos aditivos, em que haja partilha de conteúdos e reflexão entre os utilizadores, valorizando as pessoas e a sua participação em rede, levando à mudança dos projetos relativamente à prevenção de adições, onde é enfatizado um novo modelo, voltado para a educação e para a saúde, que valoriza a pessoa e a sua participação na comunidade e deixa de lado o modelo tradicional, baseado na repressão ou no medo. (SUDBRACK, 2005)

As diferenças entre o modelo tradicional e o modelo que deve ser implementado atualmente são várias e é necessário que os profissionais se conheçam essas diferenças e as implementem, não só no papel, mas também no dia a dia, para que se possa avaliar estas novas estratégias com vista a melhorar e ou criar outras mais eficazes.

Em seguida apresentamos um quadro onde se encontram as diferenças entre o modelo tradicional, conhecido pelo modelo do medo, e o modelo sistémico de educação para a saúde e das redes sociais de acordo com Sudbrack (2005).

Para este autor, em primeiro lugar, surge no modelo do medo a preocupação em controlar a oferta de drogas, enquanto no modelo atual a preocupação em reduzir a procura por drogas é o mais valorizado. Como se pode verificar, o foco muda, não nos vamos preocupar em limitar o sistema de distribuição das drogas com medidas de repressão ao tráfico, devemos sim preocupar-nos com as motivações e as necessidades individuais e do meio onde o consumo de drogas ocorre.

Em segundo lugar, surge a proibição do uso de drogas *versus* a valorização da conscientização do usuário sobre o uso indevido de drogas. Aqui é notório

que o foco de atenção deve ser a informação em detrimento do controle policial. Mas da nossa experiência, só a informação não é suficiente, uma vez que os adolescentes se não participarem desta informação de uma forma ativa e atraente, a mesma passa-lhes totalmente ao lado e não os motiva ou desenvolve quaisquer comportamentos e atitudes preventivas.

E por último, mas não menos importante, surgem as soluções hierarquizadas e parciais *versus* as soluções compartilhadas e globais. Neste sentido, podemos verificar que a necessidade de se privilegiar os vínculos entre as pessoas e as redes sociais, construídas naturalmente na comunidade na intervenção preventiva, é de extrema importância. Assim, devem ser identificadas pessoas reconhecidas pela comunidade/adolescentes e que passam a atuar como mediadores entre os profissionais e a população alvo, na procura de soluções compartilhadas e globais, possibilitando a procura de uma vida saudável e assente no potencial que todos têm para efetuar mudanças positivas. Estas pessoas reconhecidas pela comunidade/adolescentes são as pessoas chave para darem início a redes sociais que previnam comportamentos aditivos.

Quadro 1 - Modelo do Medo

Modelo do medo	Modelo sistêmico de educação para a saúde e das redes sociais
Preocupação em controlar a oferta de drogas (redução da oferta)	Preocupação em reduzir a procura por drogas (redução da demanda)
Proibição do uso de drogas (controle policial)	Valorização da conscientização do usuário sobre o uso indevido de drogas (informação correta)
Controle externo sobre o uso indevido de drogas (redução da oferta)	Controle interno sobre o uso indevido de drogas (redução de demanda)
A droga como produto (abordagem isolada)	A droga em sua relação com o usuário e o meio ambiente (abordagem integrada)
Prevenção da droga pelo medo e pelo terror (repressão)	Prevenção da droga pelo conhecimento da realidade e quebra dos tabus (informação)
Vendo a questão apenas como um simples comportamento (fato individual)	A questão como símbolo de um problema das relações familiares e/ou sociais (fato social)
Soluções hierarquizadas e parciais	Soluções compartilhadas e globais

Fonte: Sudbrack, (2005).

Para Amante e colaboradores (2014), as redes sociais podem ser utilizadas como espaços de aprendizagem informal, mas também formal. Na mesma

orientação, várias pesquisas têm vindo a salientar o contributo das redes na criação de ambientes de aprendizagem mais ricos onde se revelam uma maior participação e envolvimento dos estudantes. (MATTAR, 2013)

Assim, a utilização das redes sociais através das tecnologias pode constituir uma estratégia importante para a prevenção das adições. Essas redes devem ser formadas nos espaços informais de relacionamento para informar, refletir sobre os comportamentos, atitudes, fatores de risco e de resiliência, dar suporte e apoio, tanto profissional como pessoal para aqueles que queiram participar. Baseada nas afinidades pessoais, em geral, num contexto não institucional, as aproximações entre os adolescentes, profissionais ou não, tornam-se explícitas, favorecendo uma circulação rápida de informações sob a forma de redes.

A mediatização dos meios de comunicação, nesta situação as redes sociais, podem ser utilizadas como ferramentas para expandir o mapa cognitivo, isto é, a tradução de determinada mensagem de formas diferentes, utilizando determinado meio, sem desrespeitar as características técnicas deste meio. (SOBRAL, 2009)

No plano das dependências sem substâncias, tratando-se de uma área emergente, deverá ser iniciado um processo que promova a discussão em torno dos fatores de risco e das respostas necessárias para lhes fazer face, devendo para esse efeito recorrer a especialistas nesta área. Esta discussão deverá resultar na organização progressiva de materiais de suporte, quer no plano informativo, quer na estruturação de respostas continuadas e integradas no âmbito do jogo (online e offline) e da utilização abusiva da internet (redes sociais, sites de compras, etc.) e dos ecrãs em geral (incluindo a exposição à televisão, nomeadamente no visionamento compulsivo de séries). (VILAR, 2013, p. 16)

Os profissionais de saúde precisam de estar preparados para participarem nestas redes sociais e utilizá-las para ações preventivas no caso das adições. Torna-se importante, mais do que nunca, que se incentive a troca de experiências, para que visões deferentes do problema se complementem, promovendo a solidariedade em virtude das dificuldades.

O trabalho de prevenção desenvolvido através das redes sociais, vai muito além da divulgação de conhecimentos específicos sobre as adições. A diversidade de experiências e de visões sobre o problema, graças a participação/reflexão dos diferentes profissionais e dos adolescentes que queiram participar, bem

como pessoas interessadas da comunidade, pois todos têm alguma contribuição a dar, qualquer que seja o papel social desempenhado. Educadores, pais, filhos, amigos, profissionais, todos podem e devem ser envolvidos no trabalho de prevenção. (SUDBRACK, 2005)

Baseando-nos na teoria das redes sociais de tipo horizontal, no ano letivo 2016/2017, propusemos a 3 jovens entre os 14 e 16 anos de idade que criassem uma rede no facebook para falarem sobre drogas. Foi criado um grupo fechado em que eles foram convidando outros jovens para fazerem parte do mesmo e ao fim de 3 meses o grupo era composto por 18 jovens: 10 rapazes e 8 raparigas com idades compreendidas entre 12 e 16 anos.

Este grupo tinha como objetivo ser um espaço de partilha de dúvidas e ou receios sobre as adições. A nossa participação era apenas de observação e de orientação na pesquisa, caso o grupo sentisse necessidade.

Começaram por definir drogas e separaram em dois grupos: drogas e álcool. Primeiro abordaram o tema do álcool e em seguida as drogas e no final fizeram um resumo dos pontos mais importantes das suas reflexões e partilhas. Vamos em seguida referir algumas frases elaboradas pelos jovens que fizeram parte do grupo:

- O álcool e a droga são iguais, são drogas que fazem mal... mas, mesmo sabendo disso muitos usam;
- Os dois são maus, mas é também uma forma de desinibir-se, depende de quem usa e como usa;
- São destruidores da vida e da família.

Depois de definirem os conceitos, passaram a outra fase em que abordaram a sua percepção acerca de como eles se veem frente ao tema álcool e outras drogas.

Nas suas narrativas estavam presentes os sentimentos e as emoções de um “olhar para dentro de si mesmo”, que expressavam expectativas de um futuro mais ou menos próximo, imaginando as suas vidas como possíveis pais e mães de família, inseridos numa sociedade de álcool e outras drogas, mas não na família, nem nos amigos (as).

Referimos de seguida algumas expressões utilizadas por eles (as) muito significativas:

- Vou ser tudo o que quis que meu pai fosse e não é;
- Eu já tive algumas experiências com o álcool, mas sei que não quero levar isso para a minha família, quando eu tiver uma;
- Não sei como vou ser quando for adulto, mas sei que tento fazer as coisas corretas hoje para ser feliz quando for adulto.

Como podemos observar, sem a rede social, estes jovens provavelmente não se teriam conhecido, nem teriam compartilhado os seus receios, as suas dúvidas e o que desejam para si e para os seus na vida adulta. “Sem futuro não há vida para o ser humano.” As trocas linguísticas entre estes jovens mostram-no bem, pois projetam as suas melhores intenções e práticas na família a haver.

Considerações finais

As tecnologias passaram a fazer parte do nosso dia a dia e são muito importantes, a nível da aprendizagem, quer por partilha ou mesmo por reflexão sobre os mais variados temas. Os adolescentes cada vez mais estão ligados em rede e faz parte da sua cultura a aprendizagem através da internet.

As redes sociais para os adolescentes parecem funcionar como extensão do mundo real; revelam-se espaços privilegiados para a expressão de emoções quotidianas, usando uma linguagem que, apesar de abreviada e pouco explicativa, é carregada de manifestações afetivas, revelando-se um campo profícuo de investigação no que se refere à compreensão dos adolescentes, na medida em que permitem, de algum modo, aceder a um universo que por norma está vedado aos adultos. (AMANTE et al., 2014)

Podemos considerar que as redes sociais são uma mais valia para a informação, reflexão sobre o tema das adições e podem ser cruciais na prevenção de comportamentos aditivos, uma vez que podem desenvolver competências, atitudes e comportamentos saudáveis de uma forma reflexiva, atrativa e partilhada por todos os que mostrarem interesse em participar, como podemos constatar na nossa experiência. À medida que os encontros virtuais das pessoas que fazem parte da rede social se tornam frequentes e regulares, constroem-se os vínculos criadores de um sistema de crenças e de regras. Isso permite o surgimento de iniciativas individuais, criando novas formas de organização, ajudando as pessoas na troca de suas experiências e oferecendo soluções.

Referências

AMANTE, L. et al. Jovens e processos de construção de identidade na rede: o caso do Facebook. *Educação, Formação & Tecnologias*, v. 7, n. 2, p. 26-38, jul./dez. 2014. Disponível em: <<http://eft.educom.pt>>.

AMERICAN PSYCHISTRIC ASSOCIATION. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais DSM V*. Porto Alegre: Artmed, 2014. Disponível em: <<file/1426522730/6d77c9965e17b15/b37dfc58aad8cd477904b9bb2ba8a75b/obaudoeeducador/2015/DSM%20V.pdf>>. Acesso em: 28 maio 2017.

ARAÚJO, J. C. O internetês não é língua portuguesa? *Vida e educação*, Fortaleza, ano 4, n. 13, p. 28-29, mar./abr. 2007.

BROUSSOULOUX, S.; HOUZELLE-MARCHAL, N. *Éducation à la santé en milieu scolaire: choisir, élaborer et développer un projet*. Saint-Denis: Éditions INPES, 2007.

CASTELLS, M. *A galáxia da internet: reflexões sobre a internet, os negócios e a sociedade*. Tradução de Maria Luiza X. de A. Borges. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2003.

DAMÁSIO, M. *Tecnologia e educação: as tecnologias da informação e da comunicação e o processo educativo*. Lisboa: Vega, 2007.

DEMO, P. Aprendizagens e novas tecnologias. *Roteiro*, Joaçaba, v. 36, n. 1, p. 9-32, jan./jun. 2011.

EISENSTEIN E; BESTEFENON S. Geração digital: riscos das novas tecnologias para crianças e adolescentes. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*, Rio de Janeiro, v. 10, (Supl.2), p. 42-52, 2011.

EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION. *European Drug Prevention Quality Standards*, 2011. In: PORTUGAL. Ministério da Saúde. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. *Plano nacional para a redução dos comportamentos aditivos e das dependências, 2013-2020*: 52. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, 2013. Disponível em: <http://www.sicad.pt/BK/Institucional/Coordenacao/Documents/Planos/SICAD_Plano_Nacional_Reducacao_CAD_2013-2020.pdf>. Acesso em: 28 maio 2017.

- RAMOS, N. *Psicologia clínica e da saúde*. Lisboa: Universidade Aberta, 2004.
- SILVA, A. *Desenvolvimento de competências sociais na adolescência*. Lisboa: Climepsi, 2004.
- SACRISTÁN, J. *A sociedade que ainda é possível: ensaios sobre uma cultura para a educação*. Porto Alegre: Artmed, 2007.
- SOARES-LEITE, W. S.; NASCIMENTO-RIBEIRO, C. A. do. A inclusão das TICs na educação brasileira: problemas e desafios. *Maqis, Revista Internacional de Investigación en Educación*, Bogotá, v. 5, n.10, p. 173-187, jul./dic. 2012.
- SOBRAL, N.; MACHADO, G. (Org.). *Conexões: educação, comunicação, inclusão e interculturalidade*. Porto Alegre: Redes Editora, 2009.
- SOUZA, M.; KALLAS, R. Análise da destrutividade em adictos a drogas: contribuição a uma abordagem psicoterapêutica. *Temas psicologia*, Ribeirão Preto, v. 17, n. 2, p. 377-391, jun. 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2009000200010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 30 maio 2017.
- SUDBRACK, M.; JACOBINA, O.; COSTA, L. *Redes sociais como estratégia de prevenção do uso indevido de drogas no contexto da escola*. In: SIMPOSIO INTERNACIONAL DO ADOLESCENTE, 2., 2005, São Paulo. *Proceedings online...* Available from: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000082005000200084&lng=en&nrm=abn>. Access on: 30 May. 2017.
- VALANIDES, N.; ANGELI, C. Professional development for computer-enhanced learning: a case study with science teachers. *Research in Science & Technological Education*, London, v. 26, n. 1, p. 3-12, Apr. 2008.
- VILAR, G. et al. (Coord.). *Linhas gerais de orientação à intervenção preventiva nos comportamentos aditivos e nas dependências*. Lisboa: Serviço Intervenção Comportamentos Aditivos e nas Dependências, 2013.

Tecnologias de comunicação em educação permanente em saúde: aproximações de experiências brasileiras com o modelo pedagógico da Uab-Pt

Maria Ligia Rangel-S
Natália Ramos
Giovanna Santana Queiroz

Introdução

Este capítulo tem por objetivo explorar a possibilidade de construir um modelo teórico metodológico para abordagens pedagógicas e escolhas tecnológicas de cursos *on-line* voltados para a qualificação profissional no Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. São explorados os atributos da Educação Permanente em Saúde, que norteiam a formação profissional no SUS, e aqueles da Universidade Aberta de Lisboa (UAb-Pt), para o delineamento de modelos de educação permanente a distância em *e-learning*, dirigidos a trabalhadores da atenção primária à saúde.

O Ministério da Saúde no Brasil tem ampliado seu escopo de ações, responsabilizando-se pela qualificação dos trabalhadores que atuam no SUS, e desenvolvendo diversos cursos de pós-graduação *Latu Sensu* na modalidade da Educação a Distância (EAD), em parceria com diversas Instituições de Ensino Superior (IES) do país e em consonância com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Esta surge como uma necessidade da formação profissional em saúde orientada para o trabalho no SUS, tendo em vista

a transformação do modelo de atenção. (FRATUCCI, 2015; MOTTA; BUSS; NUNES, 2001)

Em 2010, o Ministério da Saúde criou o Sistema Universidade Aberta do SUS (UNASUS), para atender gratuitamente às necessidades de qualificação e educação permanente dos profissionais de saúde que atuam no SUS, através da formação de uma rede colaborativa, contando atualmente com 35 IES, o Acervo de Recursos Educacionais em Saúde (ARES), e a Plataforma Arouca. (UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS, 2016a, 2016b, 2016c)

Entende-se que a área de Saúde Pública/Coletiva possui especificidades em seus processos de trabalho, em especial na atenção básica (ANDRADE et al., 2016; FRAGELLI; SHIMUZI, 2012), requerendo aproximações a teorias e métodos diferenciados que devem ser estudados como objetos de pesquisa e de intervenção concernentes ao processo de gestão de cursos EAD, às estratégias pedagógicas, à produção adequada de material didático, às especificidades dessa área e os limites da EAD para fazer frente às crescentes demandas do SUS, tanto para a ampliação de temáticas para a oferta de cursos, como para orientação de estudos. Ademais, considera-se a característica multicultural e global das sociedades contemporâneas (MOREIRA, 2002; RAMOS, 2012, 2013, 2015) e a dimensão continental do Brasil que leva a questionar como as experiências de educação a distância podem lidar com a diversidade e as diferenças socio-culturais da sociedade brasileira. Ademais, o trabalho na atenção básica possui características peculiares que requer o desenvolvimento de competências específicas junto aos trabalhadores que atuam nesse nível de atenção.

Delineia-se nesse texto o conceito de educação permanente em saúde e descreve-se o modelo pedagógico da UAb-Pt, para em seguida destacar e discutir aspectos desse modelo que podem contribuir com as experiências de Educação Permanente em Saúde (EPS) no Brasil.

Educação permanente em saúde

A educação permanente em saúde no Brasil configura-se como uma política pública para formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde (BRASIL, 2004, 2009) e possibilita o desenvolvimento pessoal dos trabalhadores da saúde e o desenvolvimento da instituição. (BRASIL, 2005) Por suas características, é considerada uma importante ferramenta para mudança da prática profissional

e melhoria da atenção à população. Destacam-se, dentre suas características, a centralidade do processo de trabalho no processo de ensino-aprendizagem, funcionando como “insumo para reorganização das práticas de saúde e dos serviços” (HADDAD; ROSCHKE; DAVINI, 1994; RIBEIRO; MOTTA, 1996); a aprendizagem significativa e colaborativa e a problematização, como estratégias pedagógicas privilegiadas, “na busca pela transformação das práticas de saúde e de educação” (PEDUZZI et al., 2009 apud ANDRADE et al., 2016), favorecendo a reflexão crítica das práticas cotidianas nos serviços de saúde. A EPS envolve também carreira, condições de trabalho, políticas de valorização do trabalhador, não pode ser reduzida à sua dimensão pedagógica.

Os termos educação continuada e educação permanente são muitas vezes utilizadas como sinônimos. Segundo Ricas (1994 apud MOTTA; BUSS; NUNES, 2001), embora estes termos não sejam opostos, conferem especificidades ao processo de ensino/aprendizagem. O termo educação continuada aplica-se a um enfoque técnico desse processo, englobando atividades de ensino após o curso de graduação, com finalidades restritas, de atualização, aquisição de novas informações e/ou atividades, com duração definida e através de metodologias tradicionais. (RICAS, 1994 apud MOTTA; BUSS; NUNES, 2001)

O termo educação permanente aplica-se ao enfoque tanto técnico como organizacional e político do processo de ensino/aprendizagem. (MOTTA; BUSS; NUNES, 2001) Isso porque proporciona aos discentes um aporte técnico, mas também estimula a análise crítica e reflexiva, objetivando a transformação das práticas profissionais e da própria organização. (CECCIM; FERLA, 2008)

O processo de mudança do modelo de atenção no SUS requer que a EPS seja capaz de estimular a formação de sujeitos eticamente comprometidos com a Estratégia de Saúde da Família e o fortalecimento da Atenção Básica, o que depende de ações educativas com enfoque interdisciplinar, além da efetivação de suas ações em locais que lhes permitam lidar com os problemas da realidade sanitária e social, a integração ensino-serviço-pesquisa e o compromisso com o trabalho multiprofissional. (CAMPOS; BELISÁRIO, 2001)

Considerando que a educação não é um processo neutro (FREITAG, 2005), é preciso ressaltar que a EPS é instituída como política pública no país, em um contexto de fragilidade dos processos de trabalho e de precarização das relações de trabalho e, por ser considerada elemento chave capaz para desencadear nos trabalhadores o compromisso com a resolução de problemas do mundo do trabalho, o coloca como único responsável por esta transformação, embora a

[...] a desumanização dos serviços, a individualidade presente nas relações de trabalho em equipe, a alienação dos trabalhadores não estão relacionadas apenas à subjetividade dos trabalhadores, mas também às relações objetivas do sistema de produção capitalista. (LEMOS, 2010, p. 120)

Assim, a EPS é também vista como um discurso ideológico que, apesar da aparente novidade pedagógica, e da sedutora possibilidade de transformação, pode se converter em uma ideologia que não busca a transformação substantiva e real, nem uma reflexão crítica radical, se as problematizações existentes no ambiente de trabalho forem superficiais e não buscarem atingir a radicalidade das contradições do sistema do capital. (LEMOS, 2010)

Ademais, a centralidade do trabalho para a efetivação das práticas educativas que se fundamentam na EPS pode valorizar excessivamente a resolução de problemas do cotidiano a partir da criatividade dos envolvidos, de forma fragilizada ou totalmente desprovida do confronto teoria/prática, a fim de ampliar a visão dos trabalhadores. Desse modo, a ideia subjacente na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) não seria a de educação permanente, mas de gerenciamento permanente, quando se espera manter a estrutura tal como está posta e estimular a criatividade dos trabalhadores para buscarem permanentemente estratégias remediadoras e driblar os problemas que persistirão em virtude da natureza incorrigível do capital. (LEMOS, 2010)

Entretanto, a EPS, quando efetivada para além do gerenciamento permanente, pode assumir direção contra hegemônica, buscando romper com a lógica de realização de procedimentos educacionais que possibilitem a indução de mudanças no modelo hegemônico médico assistencial, para construir modelos de atenção compatíveis com os problemas e as necessidades de saúde da população.

Modelo pedagógico da Uab-Pt

O modelo pedagógico da UAb, Portugal é examinado como uma referência neste estudo, por se tratar de uma Universidade Aberta com experiência de mais de 25 anos de ensino a distância. Embora no início da sua criação, em 1988, a UAb, Portugal tenha operado com modelos pedagógicos tradicionais, da 1ª geração do ensino a distância, mediante o uso de manuais e com a tutoria presencial ou por meio de telefone, a partir de 2007 a UAb passou a utilizar um modelo em

e-learning publicado no documento “Modelo Pedagógico Virtual da Universidade Aberta – para uma Universidade do futuro” (PEREIRA et al., 2007, p. 8), em que o mesmo é “[...] entendido como um quadro geral de referência das atividades educativas e simultaneamente um instrumento organizador das práticas de ensino e de aprendizagem [...]”, em uma Universidade Aberta que se vê a si própria e ao seu modelo pedagógico em constante processo de construção.

Desde esse enunciado, percebe-se o entendimento de que há um modelo pedagógico dinâmico que deve estar a todo o tempo em processo de reflexão, avaliação e reconstrução, tornando-se necessária a permanente investigação.

Nesse documento de referência, o modelo delineado responde ao desenvolvimento tecnológico via *web*, criando novos contextos e modalidades de aprendizagem e reconfigurando o suporte tecnológico, para promover novas formas de interação e comunicação multidirecional entre estudantes-estudantes e professor-estudante.

São novos modos de ensinar e aprender que devem ser combinados com posturas pedagógicas que comprometam e responsabilizem o estudante como sujeito ativo e participativo no seu processo de aprendizagem, para o pleno desenvolvimento metacognitivo e a adoção de atitudes construtivas, colaborativas e autônomas.

Assim, o modelo pedagógico virtual da UAb se afirma fundamentado “[...] num conjunto de princípios pedagógicos fundadores e consubstanciados em variantes didáticas específicas de acordo com a diversidade de cursos existentes [...]”. (PEREIRA et al., 2007, p. 9) Tais princípios fundamentais devem funcionar como “linhas de força”: a aprendizagem centrada no estudante; a flexibilidade; a interação e a inclusão social. Estas linhas devem nortear a organização do ensino, o papel do estudante e do professor, a planificação, a concepção e gestão de atividades de aprendizagem, os tipos de materiais e a avaliação.

Com tais pressupostos define-se um percurso de aprendizagem que deve conduzir ao desenvolvimento de competências transversais (de vida em sociedade) e competências específicas da área de saber escolhida. O planejamento então deve ser realizado de forma rigorosa em cada unidade curricular, em função dos objetivos e das competências que se espera desenvolver.

A aprendizagem, tanto pode se dar de forma independente, ou “[...] através do diálogo e da interação entre pares, com base em estratégias de aprendizagem cooperativa e colaborativa”. (PEREIRA et al. 2007, p. 10) Isso pressupõe a criação e organização de grupos, no sentido da construção interativa, social e

contextualizada, e da ruptura com o isolamento e desmotivação dos estudantes, além de prepará-lo para atuar nas organizações modernas cujas tarefas são interdependentes. Espera-se do estudante um papel ativo na gestão de suas atividades, atuando de forma autônoma e criativa no seu processo de aprendizagem.

Ao adotar a pedagogia *on-line*, espera-se do professor um papel de facilitador e colaborador na comunidade de aprendizagem, com postura permanentemente reflexiva e investigativa sobre a sua prática, ao mesmo tempo rigoroso e atento às necessidades do estudante. São competências esperadas do professor: gestão do conhecimento; trabalho em equipe; disponibilização de recursos diversificados; e organização de atividades enriquecedoras que promovam a reflexão e colaboração entre os estudantes.

A flexibilidade significa que o estudante pode aprender no seu tempo e lugar. O modelo é então essencialmente assíncrono, dando prioridade aos fóruns de discussão, e outros modos assíncronos da *Web 2.0*. Os programas são preferencialmente semestrais, em todas as unidades curriculares, para aumentar a flexibilidade.

Para atender ao princípio da interação entre estudante-estudante, professor-estudante, a estratégia é a criação de grupos de discussão em cada turma virtual, devendo o professor ter visibilidade no ambiente de aprendizagem da classe virtual, na qual tem presença fundamental e indispensável.

Reconhecendo que neste contexto a info-exclusão significa exclusão social e marginalidade, a UAb, Portugal, adota o princípio da inclusão digital “[...] entendido como a facilitação do acesso aos adultos que pretendam frequentar um programa numa instituição superior e não tenham habilidades com o uso das Tecnologias de Informação e Comunicação”. (PEREIRA et al., 2007, p. 14) Este é considerado um desafio aos sistemas educacionais frente ao crescente desenvolvimento tecnológico. Assim, a UAb em Portugal assume como objetivo educacional central, com sistema de *helpdesk* permanente, incorporando também voluntários entre os ex-alunos.

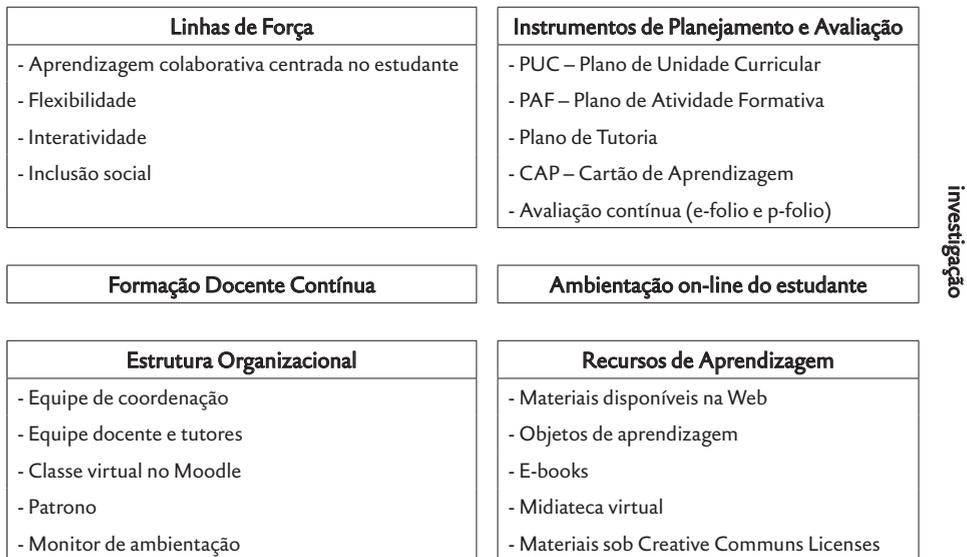
[...] a promoção de estratégias educativas que contribuam para a aquisição e desenvolvimento de literacia digital dos estudantes [...], mediante a criação de uma rede de pontos de acesso virtual, através do desenvolvimento de sinergias com parceiros locais [...]” (PEREIRA et al., 2007, p. 15)

Ademais, todos os programas de formação certificados devem oferecer um “[...] módulo prévio, de frequência gratuita, para que os novos estudantes

possam adquirir essas competências [...]” (PEREIRA et al., 2007, p. 15), de modo que frequentar a Universidade Aberta se torne uma experiência de inclusão educacional e digital.

Sinteticamente, o modelo está representado na Figura 1.

Figura 1 - Modelo pedagógico da UAb-Pt



Fonte: elaborada pelos autores.

A investigação contínua é também parte importante do modelo, pois se espera manter ativo o pensamento crítico sobre a prática que se realiza, e deve focalizar os diversos aspectos do modelo.

O documento distingue a aplicação de elementos pedagógicos dos 1º ciclo e 2º ciclo, destacando no primeiro as classes virtuais com o máximo de 50 alunos na 1ª fase, com atribuições bem definidas, para os sujeitos envolvidos, com “caráter mais didático” (PEREIRA et al., 2007), podendo o currículo ser mais colaborativo e construtivista em uma 2ª fase ou se a turma tiver um número menor de estudantes. No segundo opera com classes menores de no máximo 20 estudantes, com contratos de aprendizagem bem definidos.

As classes virtuais possuem “[...] o recurso de sistemas informáticos que permitem a interação, a distribuição da informação e a gestão dos espaços de aprendizagem”. (PEREIRA et al., 2007, p. 20) O professor é ator fundamental

para monitorar as atividades dos estudantes, que devem se responsabilizar pela sua aprendizagem. Os grupos de estudantes, organizados em fóruns, devem funcionar como comunidades de aprendizagem autônomas, com o estímulo do professor, em que os fóruns, moderados pelos próprios estudantes, são caracterizados como espaços de interação dos mesmos. Os fóruns moderados pelo professor devem discutir questões já trabalhadas pelos estudantes em seus espaços interativos de trabalho. Comunicação síncrona entre os estudantes poderão ser abertas pelo professor, com o objetivo de propiciar a socialização e o desenvolvimento de comunidades virtuais de aprendizagem, embora o modelo privilegie a comunicação assíncrona.

A gestão do curso é realizada por um coordenador, a quem cabe organizar todo o processo de planejamento de um curso, em seus três ciclos – pré-curso ou pré-unidade, curso ou unidade, pós-curso ou pós-unidade curricular – e acompanhar o seu desenvolvimento.

Superada a fase dos manuais, e da interação do aluno com os conteúdos, os recursos pedagógicos são os mais variados, advogando-se a produção de obras de referência como o uso de matérias disponíveis livremente na *Web* e diversos objetos de aprendizagem, considerando o desenvolvimento da *Web 2.0* e incluindo os dispositivos móveis.

Considerando que o 2º ciclo, ocorre em nível de pós-graduação, os estudantes já possuem alguma independência, o seu trabalho deve ser inovador e com grande autonomia. O Contrato de Aprendizagem é um documento estruturante, elaborado pelo professor de cada unidade curricular, que estabelece a relação professor e estudante, no contexto grupal, funcionando como um “mapa de navegação” para ambos, ao longo do percurso da aprendizagem. Deve permitir que o estudante, logo no início da unidade curricular possa se organizar e definir prioridades.

Todas as atividades desse ciclo são realizadas *on-line*, integrando os diversos recursos disponíveis na *Web 2.0*, especialmente *blogs*, *wikis*, e-portfólios, agregador de notícias e outros. A elaboração do trabalho de investigação exigido nesse 2º ciclo requer a orientação personalizada.

Obriga-se neste ciclo a avaliação contínua, que pode ser complementada com trabalho final, enquanto o sistema de coordenação é mais centralizado do que no 1º ciclo, visando um acompanhamento mais personalizado do estudante.

O sucesso e os desafios do modelo pedagógico da UAb são bem discutidos por Mansos (2014), Oliveira e Mântua (2013) e Sobral e Ramos (2012a;

2012b). Estas últimas já haviam destacado, em pesquisa sobre narrativas de docentes sobre o modelo pedagógico da UAb, o caráter inovador e intercultural, reconhecido pelos pesquisados, de um modelo marcado “[...] dentro de um contexto de mudanças profundas que tem ocorrido num campo europeu de formação universitária [...]”. (SOBRAL; RAMOS, 2012, p. 11)

Em outro artigo, Sobral e Ramos (2013, p. 118) evidenciam a riqueza do modelo, que dá lugar à emergência de

enunciados que transitam em diferentes tendências pedagógicas, compondo relações aproximadas sobre o foco do uso das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) como promotoras e/ou instrumentalizadoras de mudanças significativas em suas práticas pedagógicas.

A aplicação prática do modelo requer: a) a formação contínua do professor para o ensino *on-line*; b) a preparação do estudante para esse tipo de aprendizagem; a) a oferta de recursos e condições de trabalho condizentes com as necessidades de alunos e docentes de modo a assegurar um ensino-aprendizado de qualidade; c) a investigação contínua que permita a permanente escuta, avaliação e enfrentamento dos problemas que a prática apresenta.

Modelo pedagógico da UAb-Pt e estratégias pedagógicas de educação a distância na atenção básica no SUS

Para desenvolver as diversas competências dos trabalhadores de saúde na Atenção Básica, é necessário articular de modo coerente, interativo e dinâmico os saberes técnico-científicos, éticos e socioculturais com estratégias que permitam desenvolver a aquisição de valores e o desenvolvimento de habilidades para a ação. Ademais, os objetivos da formação profissional de saúde devem incluir a perspectiva da educação para a cidadania, ou seja, uma cidadania ativa que deve fundir ética e cultura. E deve impulsionar o estudante a aderir a um conjunto de valores, e se envolver na tomada de decisão no nível local, regional, nacional e internacional. Em geral, acentua-se conhecimento técnico-científico, em detrimento de ética e cultura, e atividades, em vez de participação e envolvimento.

A UAb-Pt opera com os fundamentos teórico metodológica do socioconstrutivismo e do situacionismo. O socioconstrutivismo tem Vigotsky como principal autor que, em 1930, ressalta as raízes sociais da aprendizagem significativa,

reconhecendo que “[...] as funções psicológicas são fruto do desenvolvimento cultural e não do desenvolvimento biológico”. (FILATRO, 2009, p. 97) Para Jonassen (1996, p. 71), “[...] se o significado é pessoal, não é necessariamente individual”, pois “[...] pode ser ajustado socialmente entre grupos de pessoas”, de modo que compartilhamos não só o mundo físico, mas também a percepção dele. Assim, o aprendizado, da perspectiva construtivista, “[...] é diálogo – interações consigo mesmo ou com outros”.

A pedagogia construtivista, segundo Anderson e Dron (2012, p. 125), moveu a educação a distância para além da transmissão do conhecimento, “[...] facilmente encapsulado em mídias e para uso da aprendizagem síncrona ou assíncrona, baseada em comunicações humanas”. Contudo, o foco nas interações aluno-aluno e aluno-professor reduz a acessibilidade e eleva os custos da educação a distância. Ademais, esses modelos passaram a apresentar algumas características do ensino presencial: domínio do professor, aulas passivo e restrições temporal e espacial.

O situacionismo, ou perspectiva situada, enfatiza o contexto social da aprendizagem e a ação das pessoas e grupos, como fontes privilegiadas do conhecimento, o qual é distribuído socialmente. Essa perspectiva é coerente com ao princípio da Educação Permanente que coloca o trabalho no centro da aprendizagem. Muitos autores se referem à cognição situada relacionada a noções como autenticidade, aprendizagem baseada em problemas, instrução ancorada, dentre outros. (LOOI et al., 2004) Nesta perspectiva, aprender “[...] envolve interagir com outras pessoas, ferramentas e o mundo físico” (FILATRO, 2009, p. 98), em um contexto histórico e cultural próprio.

No caso da atenção básica, isso significa propiciar ao estudante atividades que os levem a vincular e contextualizar seu trabalho acadêmico com o seu processo de trabalho na Unidade de Saúde da Família. A interação social e a colaboração são componentes críticos para a aprendizagem, portanto o estudante deve ser estimulado a interagir com seus colegas de curso, mas também com seus colegas do cotidiano de trabalho, tornando a sua aprendizagem uma experiência coletiva, capaz de incidir positivamente sobre o processo de trabalho da equipe. Assim, o estudante é estimulado a dialogar com os outros, a compartilhar e assumir posturas de escuta e valorização do outro, inseridos em campos de práticas, em ambientes reais e informais onde participam, tornando a aprendizagem autêntica e gerando um sentido de pertencimento a uma comunidade onde desenvolve as atividades.

Interatividade, colaboração e contextualização e trabalho em equipe têm sido orientações de algumas experiências educativas voltadas para a Atenção Básica, na modalidade EAD (CUNHA; SOARES, REIS, 2016; SOUZA; RIC-CIO; RANGEL-S, 2016), em que questões do cotidiano trabalho são trazidas ao ambiente virtual de aprendizagem, mobilizado saberes dos participantes, gerando novos conhecimentos e contribuindo com estratégias para mudanças das práticas de saúde.

Ressalta-se ainda a aprendizagem significativa como princípio pedagógico fundamental do modelo sócio construtivista que resulta da interação cognitiva, não arbitrária e não literal, entre um conhecimento prévio (subsunção) e um conhecimento novo acerca de algo, quando o novo conhecimento passa a fazer sentido, ao se integrar ao universo cognitivo do aprendiz, enriquecendo-o. Entretanto, configura-se o primeiro como aquele que mais exerce influência na aprendizagem (MOREIRA, 2005, 2007, 2010), pois “[...] só podemos aprender a partir daquilo que já conhecemos”. (MOREIRA, 2010, p. 4) Portanto, “[...] se queremos promover a aprendizagem significativa, é preciso averiguar esse conhecimento prévio e ensinar de acordo”. (MOREIRA, 2010, p. 5)

Na Atenção Básica trata-se de ressignificar o processo de trabalho em que os sujeitos estão imersos, valorizando a experiência de construção do conhecimento pelo aprendiz e pela equipe que desenvolve o trabalho de processar um novo conhecimento. Contrapõe-se à aprendizagem significativa, “[...] em outro extremo de um contínuo, [...] a aprendizagem mecânica, na qual novas informações são memorizadas de maneira arbitrária, literal, não significativa.” (MOREIRA, 2010, p. 5) Alguns princípios orientam ou facilitam a aprendizagem significativa, segundo Moreira (2010), com base em diversos autores: a diferenciação progressiva, a reconciliação integradora, a organização sequencial e a consolidação.

A aprendizagem colaborativa é uma outra estratégia educacional que interessa à formação profissional em saúde, pois estimula a participação do estudante no seu processo de aprendizagem, tornando-a um processo ativo e efetivo. (TORRES; ALCÂNTARA; IRALA, 2004) Nesse sentido, busca-se um modelo de comunicação com uma arquitetura em rede ou rizomática, de tal forma que centros móveis atuam alternadamente, como emissores e receptores de informação. Desse modo, os sujeitos participantes do processo de ensino e aprendizagem se alternam como centros do processo e colaboram para a construção coletiva de conhecimento, baseada no respeito aos saberes e competências de

todos os envolvidos. Assim, a aprendizagem colaborativa possui também o caráter participativo.

Este é um aspecto relevante que pode ser verificado em experiências vinculadas à Rede UNASUS que promovem a autonomia e a aprendizagem colaborativa (RANGEL-S. et al., 2016), e à criação do ARES, que articula diversas IES da rede, que atuam em colaboração, agregando e disponibilizando recursos didáticos construídos em diversas experiências de EAD para a Atenção Básica pelas IES no país. Entretanto, pesquisas devem ser realizadas para aprofundar o conhecimento acerca do trabalho em rede efetivamente realizado ao interior dos cursos ofertados pela IES, bem como o compromisso coma aprendizagem significativa.

A aprendizagem em rede, segundo Dias (2013), propõe um modelo de educação aberta e em rede que tem a mediação social, cognitiva e colaborativa como sua principal característica, pois permite a modelização de dimensões relacionais e de organização das aprendizagens em rede, incluindo as seguintes dimensões relacionais: rede de atores, participação, partilha, mediação, andaimagem, que permite a proximidade social e organização da aprendizagem, a participação e partilha; liderança, cuja combinação visa conformar a inovação pedagógica. Destacam-se como valores a mudança intencional: a valorização da experiência; a valorização da diversidade dos contextos relacionais e de interação; a inclusão dos participantes; a sustentabilidade, como ciclo aberto e em permanente construção, suportado pelas práticas de mediação; a flexibilidade das dimensões relacionais; e, a confiança.

Para o autor, desafios são encontrados face à diversidade de acesso, de compreensão e de modalidades de utilização da e-informação, tornando-se necessário “[...] transformar a acessibilidade e a utilização num novo conjunto de oportunidades para a inovação pedagógica, enquanto mudança intencional na criação do conhecimento em rede na sociedade digital”. (DIAS, 2013, p. 10)

A estrutura/sustentabilidade estaria relacionada à rede de relações estabelecidas pelos atores.

Então,

As dimensões relacionais e de organização que suportam as aprendizagens em rede contribuem, assim, para a mudança intencional das práticas pedagógicas, e, deste modo, para a criação das oportunidades de inovação pedagógica, não só na construção do sentido de comunidade,

através da definição da identidade e objetivo da rede de atores que a constitui, mas também na produção colaborativa dos planos de atividade e ação, sendo de destacar a importância dos procedimentos de andaimagem na experiência social e cognitiva para a criação do conhecimento no âmbito da comunidade e da rede. (DIAS, 2013, p. 10)

Desse modo, a inovação pedagógica deve ser compreendida no processo mesmo de desenvolvimento de uma experiência pedagógica, e não a priori. Ou seja, ainda que ela requeira do professor algum nível de planejamento, a estratégia pedagógica só se constitui em inovação pedagógica no momento de sua realização.

Em experiências com educação em rede na saúde coletiva destaca-se, como principal desafio, superar as dificuldades de estudantes e professores em familiarizar-se com essa perspectiva, a qual requer o diálogo intenso, mediado por computador, e o deslocamento de posições na dinâmica da interação em rede. (SOUZA; RICCIO; RANGEL-S, 2016)

Considerações finais

O modelo da UAb-Pt e as experiências de EPS na modalidade EAD na Atenção Básica no SUS, no Brasil, são semelhantes em diversos aspectos, na medida em que: 1) os modelos de EAD permitem largo alcance de suas ações, tornando os cursos mais inclusivos. Em se tratando de um país de dimensões continentais como é o Brasil, a proximidade ao modelo *e-learning* com as características semelhantes ao da UAb-Pt, permite o acesso a profissionais que atuam em regiões distantes do país a atividades educativas nos melhores centros de pesquisa e ensino, geralmente concentrados nas grandes metrópoles. Esse aspecto é relevante, embora seja pertinente observar que a proporção professor aluno de 1/50 alunos, como opera a UAb-Pt, representa potencial prejuízo na qualidade do processo ensino-aprendizagem, especialmente porque a aprendizagem *e-learning* não é ainda habitual na formação profissional brasileira; 2) o aspecto da flexibilidade temporal e espacial permite ao estudante imprimir seu próprio ritmo de participação nas atividades educativas, facilitando combinar horários de estudo e de trabalho; 3) a aprendizagem significativa permite relacionar a aprendizagem ao contexto social e sanitário do local onde está inserido o estudante. Contudo, esta não parece expressiva no modelo da UAb-Pt, mas é necessária e desejável nos processos de EPS na atenção básica, porquanto favorece à produção de novos conhecimentos,

a partir dos conhecimentos prévios dos sujeitos sobre sua realidade, no seu contexto em que estão inseridos os aprendizes; 4) a aprendizagem colaborativa e em rede favorece a prática do trabalho em rede e a colaboração entre os atores que participam no processo de ensino-aprendizagem, e sugere uma importante linha de força às experiências de trabalho nos distintos territórios em que se conformam diversas redes de atenção à saúde.

É interessante observar que o modelo pedagógico da UAb-Pt inclui o letramento digital, para possibilitar o acesso às experiências educativas online a estudantes que não possuam tais habilidades, e articula aos seus componentes o planejamento e a investigação, necessárias às estratégias de formação e qualificação profissional em saúde, para assegurar uma oferta organizada e a permanente avaliação crítica, defesa e continuidade da estratégia de formação de pessoal para o SUS com a utilização do recurso da educação a distância.

Referências

- ANDERSON, T.; DRON, J. Três gerações de pedagogia de educação a distância. Tradução João Mattar. *EAD em foco*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 119-134, nov. 2012. Disponível em: <<http://eademfoco.cecierj.edu.br/index.php/Revista/article/viewFile/162/33>>. Acesso em: 10 jun. 2016.
- ANDRADE, R. S. et al. Processo de trabalho em unidade de saúde da família e a educação permanente. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 505-521, ago. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462016000200505&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 22 nov. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília, 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde Série. Pactos pela Saúde, v. 9, 2006). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf>. Acesso em: 03 fev. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer*. Brasília, 2005. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Educação na Saúde). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/educacao_permanente_entra_na_roda.pdf>. Acesso em: 05 ago. 2016.

BRASIL. Portaria n. 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 fev. 2004. Seção 1, p. 37-41. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=16/02/2004&jornal=1&pagina=37&totalArquivos=72>>. Acesso em: 05 ago. 2016.

CAMPOS, F. E.; BELISÁRIO, S. A. O Programa de Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. *Interface*, Botucatu, v. 5, n. 9, p. 133-142, ago. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832001000200009&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 3 jan. 2015.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação permanente em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 162-168. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Material&Tipo=8&Num=43>>. Acesso em: 6 maio 2013.

CUNHA, A. B. O.; SOARES, C. L. M.; REIS, A. R. Avaliação do Curso de Especialização em Saúde Coletiva com concentração em Gestão da Atenção Básica. In: RANGEL-S, M. L.; RICCIO, N. C. R.; GUIMARÃES, J. M. M. *Educação da distância em saúde coletiva: interfaces na formação profissional*. Salvador: EdUFBA, 2016. p. 97-110.

DIAS, P. Inovação pedagógica para a sustentabilidade da educação aberta e em rede. *Educação, Formação & Tecnologias*, [Lisboa], v. 6, n. 2, p. 4-14, jul./dez. 2013. Disponível em: <https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/3205/1/artigo2013_EFT.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2016.

FILATRO, A. As teorias pedagógicas fundamentais em EAD. In: LITTO, F. M.; FORMIGA, M. M. M. (Org.). *Educação a distância: o estado da arte*. São Paulo: Pearson Education do Brasil, 2009. p. 96-104.

FRAGELLI, T. B. O.; SHIMIZU, H. E. Competências profissionais em saúde pública: conceitos, origens, abordagens e aplicações. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 65, n. 4, p. 667-674, jul./ago. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n4/a17v65n4.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2017.

FRATUCCI, M. V. B. *Ensino a distância como estratégia de educação permanente em saúde: impacto da capacitação da equipe de Estratégia de Saúde da Família na organização dos serviços*. São Paulo: USP, 2015. 183 p. Tese (Doutorado em Odontologia Social) - Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/23/23148/tde-17062015-142431/pt-br.php>>. Acesso em: 12 jan. 2017.

FREITAG, B. Quadro teórico. In.: FREITAG, B. *Escola, estado e sociedade*. 7. ed. rev. São Paulo: Centauro, 2005. Cap. 1, p. 33-77.

HADDAD, J. Q; ROSCHKE, M. A. C.; DAVINI, M. C. *Educacion permanente de personal de salud*. Washington, D.C.: OPS, 1994. (Serie Desarrollo de Recursos Humanos, n. 100).

JONASSEN, D. O uso das novas tecnologias na educação a distância e a aprendizagem construtivista. *Em Aberto*, Brasília, ano 16, n. 70, p. 70-88, abr./jun. 1996. Disponível em: <<http://emaberto.inep.gov.br/index.php/emaberto/article/viewFile/2082/2051>>. Acesso em: 29 jun. 2016.

LEMOS, C. L. S. *A concepção de educação da política nacional de educação permanente em saúde*. Goiânia: UFG, 2010. 158 f. Tese (Doutorado em Ciências Humanas) - Faculdade de Educação, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2010. Disponível em: <<https://repositorio.bc.ufg.br/tede/handle/tde/1073>>. Acesso em: 06 maio 2013.

LOOI, C. et al. Singapore's learning sciences lab: seeking transformations in ICT-enabled pedagogy. *Educational Technology Research and Development*, v. 52, n. 4, p. 91-115, 2004.

MANSOS, L. M. S. *A influência do e-learning no capital humano*. Lisboa: Universidade Aberta, 2014. 510 p. Tese (Doutorado em Gestão na especialidade de Recursos Humanos) - Universidade Aberta Lisboa, Lisboa, 2014. Disponível em: <<http://repositorioaberto.uab.pt/handle/10400.2/3528>>. Acesso em: 28 nov. 2015.

MOREIRA, A. F. B. Currículo, diferença cultural e diálogo. *Educação e Sociedade*, [Campinas], v. 23, n. 79, p. 15-38, ago. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/0D/es/v23n79/10847.pdf>>. Acesso em: 11 jul. 2016.

MOREIRA, M. A. *Aprendizagem significativa crítica*. Porto Alegre, 2010. Disponível em: <<http://www.if.ufrgs.br/~moreira/apsigcritport.pdf>>. Acesso em: 13 jan. 2017.

- MOREIRA, M. *Aprendizagem significativa: da visão clássica à visão crítica*. Porto Alegre, [entre 2005 e 2007]. Disponível em: <<http://moreira.if.ufrgs.br/visaoclasicavisaocritica.pdf>>. Acesso em: 13 jan. 2017.
- MOTTA, J. I. J.; BUSS, P.; NUNES, T. C. M. Novos desafios educacionais para a Formação de Recursos Humanos em Saúde. *Olho Mágico*, Londrina, v. 8, n. 3, set./dez. 2001. Disponível em: <<http://www.uel.br/ccs/olhomagico/v8n3/enfoque.htm>>. Acesso em: 21 fev. 2015.
- OLIVEIRA, C.; MÂNTUA, S. Qualidade e avaliação do ensino superior a distância em Portugal. In: FIDALGO, F. S. R. et al. (Org.). *Educação a distância: meios, atores e processos*. Belo Horizonte: CEAD-UFMG, 2013. p. 183-194.
- PEREIRA, A. et al. *Modelo pedagógico virtual da Universidade Aberta: para uma Universidade do futuro*. Lisboa: Universidade Aberta, 2007. Disponível em: <<https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/1295/1/Modelo%20Pedagogico%20Virtual.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2016.
- RAMOS, N. Acolher e trabalhar com jovens entre culturas: contextos e competências interculturais. In: MEDEIROS, T. (Org.). *Adolescência: desafios e riscos*. Ponta Delgada: Ed. Letras Lavadas, 2013. p. 107-135.
- RAMOS, N. Comunicação em saúde e interculturalidade – perspectivas teóricas, metodológicas e práticas. *RECIIS – Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 4, dez. 2012. Disponível em: <<http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/742/1385>>. Acesso em: 22 jul. 2016.
- RAMOS, N. Migrações e alteridade: desafios para a saúde colectiva. In: TEIXEIRA, L. C.; RODRIGUES, S. W. D. M. (Org.). *Psicanálise, saberes e práticas em saúde*. Curitiba: Ed. CRV, 2015. p. 271-300.
- RANGEL-S, M. L. et al. Autonomia e aprendizagem colaborativa em educação a distância, na perspectiva do estudante médico em curso de saúde coletiva. In: RANGEL-S, M. L.; RICCIO, N. C. R.; GUIMARÃES, J. M. M. (Org.). *Educação da distância em saúde coletiva: interfaces na formação profissional*. Salvador: EdUFBA, 2016. p. 129-148.
- RIBEIRO, E. C. O.; MOTTA, J. I. J. Educação permanente como estratégia nas organizações dos serviços de saúde. *Divulgação em Saúde Para Debate*, Londrina, v. 12. p. 39-44, jul. 1996.

SOBRAL, M. N.; RAMOS, N. *Narrativas orais sobre modelo pedagógico inovador na educação a distância da universidade aberta|Portugal*. Barcelona, 2012a. Disponível em: <<https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/3129/1/NS%20e%20NR.pdf%20NARRATIVAS%20ORAIS%20SOBRE%20MODELO%20PEDAG%20C3%93GICO.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2016.

SOBRAL, M. N.; RAMOS, N. Processo de Bolonha e Internacionalização do Ensino Superior. *Revista Tempos e Espaços em Educação*, [S.I.], v. 5, n. 8, p. 107-115, jan./jun. 2012b. Disponível em: <<http://www.seer.ufs.br/index.php/revtee/article/view/2290/2012>>. Acesso em: 22 jul. 2016.

SOBRAL, M. N.; RAMOS, N. Integração das tecnologias da informação e comunicação na formação docente em Portugal (2005-2010). *Revista Práxis Educacional*, Vitória da Conquista, v. 9, n. 14, p. 103-122, jun./jul. 2013. Disponível em: <<http://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/3135/1/NRamos.pdf%20INTEGRA%20C3%87%20C3%83O%20DAS%20TECNOLOGIAS%20DA.pdf>>. Acesso em: 22 jul. 2016.

SOUZA, J. S.; RICCIO, N. C. R.; RANGEL-S, M. L. Educação a distância numa perspectiva cibercultural: a proposta pedagógica dos cursos da net-escola. In: RANGEL-S, M. L.; RICCIO, N. C. R.; GUIMARÃES, J. M. M. (Org.). *Educação da distância em saúde coletiva: interfaces na formação profissional*. Salvador: EdUFBA, 2016. p. 21-32.

TORRES, P. L.; ALCÂNTARA, P. R.; IRALA, E. A. F. Grupos de consenso: uma proposta de aprendizagem colaborativa para o processo de ensino-aprendizagem. *Revista Diálogo Educacional*, Curitiba, v. 4, n. 13, p. 129-145, set./dez. 2004. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/1891/189117791011.pdf>>. Acesso em: 07 mar. 2016.

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS. *Acervo de recursos educacionais em saúde*. 2016a. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/>>. Acesso em: 04 jan. 2016.

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS. *O que é a UNA-SUS?*. 2016b. Disponível em: <<http://www.unasus.gov.br/page/una-sus/o-que-e-una-sus>>. Acesso em: 4 jan. 2016.

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS. *Plataforma Arouca*. 2016c. Disponível em: <<https://arouca.unasus.gov.br/plataformaarouca/Home.app>>. Acesso em: 4 jan. 2016.

Construção da capacitação interdisciplinar na clínica integrada de saúde do Centro Universitário UNA/Belo Horizonte/Brasil

Maria Marta Amancio Amorim
Maria Cristina Santiago
Daniela Quadros de Azevedo

Introdução

O campo da saúde coletiva é complexo, pois possui inúmeras variáveis intervenientes no processo saúde-doença (LUZ, 2009), como os diferentes níveis de determinantes sociais e as iniquidades em saúde. (COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2008) Segundo Mendes (1996, p. 241) a saúde é um “produto social resultante de fatos econômicos, políticos, ideológicos e cognitivos, o que implica inscrevê-la como campo do conhecimento, na ordem da interdisciplinaridade”.

Dessa maneira, o ensino da saúde coletiva nas Instituições e Ensino Superior (IES) envolve a necessidade de desenvolvimento de práticas interdisciplinares para dar conta da complexidade dos processos saúde-doença. Segundo Santomé (1988, p. 70) a interdisciplinaridade envolve a associação entre disciplinas “em que a cooperação provoca intercâmbios reais, isto é, existe verdadeira reciprocidade no intercâmbio e, conseqüentemente, enriquecimentos mútuos”. Na interdisciplinaridade as metodologias são compartilhadas gerando uma nova disciplina. (SOMMERMAN, 2006) Assim é necessária a integração

dos saberes e práticas na construção de uma nova forma de ver a saúde coletiva, em uma atuação que contemple a prevenção e não somente o modelo biomédico curativista. (CAMPOS, 2000)

Nesse sentido, em 2005, o Ministério da Saúde (MS), através da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação da Saúde, e o Ministério da Educação, através da Secretaria de Educação Superior, juntamente com o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira criaram o Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, o Pró-Saúde. (BRASIL, 2005) O objetivo geral desse programa é a integração ensino-serviço, visando a reorientação da formação profissional, assegurando uma abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na atenção básica, promovendo transformações nos processos de geração de conhecimentos, ensino e aprendizagem e de prestação de serviços à população. (BRASIL, 2007)

Inicialmente voltado para as áreas de medicina, enfermagem e odontologia, o programa visa a expansão para todos os cursos que contemplem a área da saúde. Desta forma, pretende-se instrumentalizar os profissionais para a abordagem dos determinantes do processo saúde-doença na comunidade e em todos os níveis do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme as diretrizes de universalização, equidade e integralidade. (BRASIL, 2007)

A construção de perfis profissionais adequados à realidade brasileira é cada vez mais valorizada pelas IES, uma vez que o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior implantou o Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes, em 2004, instrumento cada vez mais respeitado pelo estudante ingressante, na captação de novos estudantes nas universidades e também nas empresas. (BRASIL, 2005) Assim as IES devem desenvolver plenamente o potencial protagonista dos estudantes a partir de suas habilidades, levando-os a adquirir as competências profissionais necessárias para atuar em um mundo em constante transformação (BRITO, 2008), empregando metodologias ativas no processo de ensino-aprendizagem. (KUENZER, 2006)

O curso de Nutrição do Centro Universitário Una, localizado no campus Guajajaras, em Belo Horizonte/Brasil, contempla 256 horas de estágio curricular supervisionado na área da Saúde Coletiva, devendo o estudante entender e estar apto a atuar em equipes multidisciplinares dentro da Estratégia de Saúde da Família (ESF), no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Da mesma forma, o curso de Farmácia, localizado no mesmo campus, prepara seus

estudantes para atuar na ESF, proporcionando estágios supervisionados de 120 horas em saúde coletiva, de forma a atuar na prevenção e suporte à saúde.

Apesar das Diretrizes Curriculares Nacionais e o MS incentivarem a participação das IES nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do SUS, muitos são os problemas de inserir o estudante nesta realidade, principalmente devido aos profissionais que já atuam nestas unidades. Sobrecarregados de trabalho e sem condições estruturais condizentes com a realidade local, estes profissionais encaram o estagiário como mais um problema em seu trabalho e muitas vezes a formação profissional do estagiário fica deficiente.

Para sanar essas dificuldades o Centro Universitário Una montou consultórios para atendimento ao público externo no campus Guajajaras, criando a Clínica de Atenção Integrada à Saúde. As práticas educativas aplicadas na Clínica contemplam a atenção à saúde da população carente, criando condições aos estudantes para aprimorarem sua formação acadêmica.

Este trabalho se destaca pela iniciativa da construção de atendimento interdisciplinar a um público que sofre com as dificuldades de acesso a atenção básica, principalmente nos atendimentos de suporte médico como a farmácia e a nutrição. Espera-se que a capacitação nas práticas interdisciplinares promova a inserção cada vez maior dos estudantes do Centro Universitário UNA no SUS, podendo o mesmo ser capaz de atuar de forma interdisciplinar e contribuindo para a melhoria dos serviços na atenção básica em saúde.

Assim o objetivo deste estudo é refletir criticamente sobre a capacitação interdisciplinar dos estudantes dos Cursos de Nutrição e Farmácia do Centro Universitário UNA na Clínica Integrada de Saúde para inserção dos egressos na Atenção Básica/SUS, considerando a autoavaliações dos estudantes sobre sua experiência no Estágio.

Esse estudo se caracteriza como relato de experiência da capacitação interdisciplinar dos estudantes dos Cursos Nutrição e Farmácia do Centro Universitário Una na Clínica Integrada de Saúde, considerando a sua autoavaliação em relação ao estágio realizado. Os dois estágios serão descritos de forma a problematizar a capacitação interdisciplinar e as metodologias ativas empregadas, especialmente o *flipped classroom* ou sala de aula invertida. (KAN, 2012)

Foram realizadas duas autoavaliações com os estudantes do Curso de Nutrição. A primeira no segundo semestre de 2015 (2/2015) e a segunda no primeiro semestre de 2016 (1/2016). Para analisar as respostas dessas duas avaliações utilizou-se o software IRAMUTEQ (Interface de R pour les Analyses

Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires) 0.7 alpha2 desenvolvido por Pierre Ratinaud em 2009. (MARCHAND; RATINAUD, 2012)

As características de cada estágio foram respeitadas, uma vez que se trata de construções peculiares dos sujeitos na sua atuação interdisciplinar.

Estágio curricular supervisionado em Nutrição e em Farmácia na área de Saúde Coletiva

O Curso de Nutrição iniciou o Estágio Curricular Supervisionado em Saúde Coletiva nos consultórios da Clínica de Atenção à Saúde no primeiro semestre do ano de 2010, com objetivo de ser um atendimento voltado aos usuários de baixa renda atendidos nas UBS e nas Academias da Cidade, onde anteriormente eram realizados os estágios. Para que os usuários tivessem um acesso facilitado às consultas nutricionais, os atendimentos foram construídos em torno de uma agenda aberta, onde a própria pessoa marcava sua consulta conforme sua conveniência, e por demanda espontânea, não sendo necessário um encaminhamento direto de outros profissionais da saúde.

De início tímido, foi registrada uma média de 180 atendimentos nutricionais realizados por 35 alunos, em 3 turnos de 4 horas cada. A Clínica passou a ser cada vez mais procurada pelo público externo; realizou 2107 consultas de março a junho de 2016, em um total de 76 alunos e 681 usuários, em 5 turnos de 4 horas cada. Os alunos foram divididos em duplas para realizar os atendimentos e a capacitação interdisciplinar foi supervisionada por professores nutricionistas e farmacêuticos durante todo o período de atividades dos alunos.

O desenvolvimento do Estágio em Farmácia Clínica teve início em outubro de 2013 totalizando o atendimento de 20 usuários de medicamentos que necessitavam de orientações farmacêuticas. Essa quantidade aumentou gradativamente, chegando a 245 usuários e 590 atendimentos durante o primeiro semestre de 2016. Todos os usuários de medicamentos atendidos pelo serviço de nutrição foram encaminhados para avaliação farmacêutica.

As atividades desenvolvidas pelos alunos do Curso de Nutrição foram: acolhimento dos usuários, anamnese inicial, elaboração de planejamento dietético individualizado, acompanhamento nutricional em consultas de retorno, elaboração de jogos educativos para promoção da educação nutricional, discussão em grupo e estudos de caso. No acompanhamento farmacêutico foram

identificados os parâmetros de indicação, efetividade e segurança relacionados com a farmacoterapia e sua necessidade de ingressar neste acompanhamento, além de propostas educativas visando melhorar a adesão ao tratamento medicamentoso.

Um aspecto a ser observado na dinâmica do atendimento na clínica foi a adesão do usuário ao tratamento, ou seja, a presença do usuário nas consultas de retorno, propiciando a continuidade do tratamento nutricional e farmacológico. A taxa média de adesão ao tratamento pelo usuário variava entre 50 a 60% nos anos de 2010 a 2013, antes da integração dos estágios. Neste período a adesão foi superior ao percorrido na literatura, relatada em torno de 30 a 47%. (CALLEJON; PATERNEZ, 2008; GUIMARÃES et al., 2010) Após a integração dos estágios supervisionados dos cursos de Nutrição e Farmácia em 2013, em 2016/1, a taxa de adesão do usuário ao acompanhamento nutricional e as recomendações farmacêuticas foi superior, alcançando valores de 67%.

Atividades extensionistas aconteceram em locais externos ao campus onde se localiza a Clínica, e foram realizadas com regularidade pelos estudantes estagiários de ambos os cursos. Os estudantes vivenciaram ações interdisciplinares como o programa Viva a Praça, que realiza atividades educativas em nutrição e farmácia, o atendimento nutricional a usuários portadores de necessidades especiais em tratamento com a equoterapia e o atendimento nutricional a atletas paralímpicos encaminhados pela Secretaria de Desportos da Prefeitura de Belo Horizonte/MG.

Dinâmica do fluxo de atendimento interdisciplinar em saúde

O fluxo de atendimento ao usuário teve seu início no atendimento nutricional e, de acordo com a necessidade, foi encaminhado para o atendimento farmacêutico. O processo de atendimento é dinâmico e os alunos foram estimulados a fazer encaminhamentos (referência) entre os cursos (nutrição, farmácia), conforme demanda do usuário (Figura 1). Os conceitos de referência e de contra referência são trabalhados durante o estágio, a fim de criar o conhecimento de integralidade em saúde, conforme preconizado pelo SUS. (FRATINI; SAUPE; MASSAROLI, 2008) Apesar da Clínica de Atenção Integrada à Saúde Una não ser um serviço do SUS, as ações do estágio de nutrição e farmácia recriam ações realizadas na atenção básica pelo serviço público, aprimorando assim a capacitação interdisciplinar do aluno.

Figura 1 - Fluxograma de atendimento do paciente na Clínica Integrada de Saúde



Fonte: elaboração dos autores.

Usando o *flipped classroom* (sala de aula invertida) na construção do estágio interdisciplinar

Na sala de aula invertida, a construção do conhecimento teórico envolvido nos atendimentos é realizada baseada na pesquisa, estudo do caso e discussões pré e pós elaboração dos procedimentos que devem ser realizados. O conceito de *flipped classroom* envolve ações de educação à distância, com o uso de materiais virtuais de apoio e o uso da sala de aula para construir o conhecimento através da discussão de problemas (KAN, 2012), como ocorre no desenvolvimento do estágio interdisciplinar em saúde. O atendimento será descrito em 5 fases.

- **Acolhimento:** o usuário é encaminhado aos estudantes, independente da especialidade que, sem a interferência do professor, aplicam a anamnese para coleta de dados. É pedido ao usuário para retornar em sete dias para receber o plano alimentar com as recomendações nutricionais

O aluno irá estudar calcular o plano alimentar associado às patologias do usuário.

- Pré-discussão de caso: no mesmo dia do acolhimento, após as consultas realizadas, os alunos dos cursos, junto aos professores, levantam os questionamentos relativos a cada caso. Nesse momento são orientados a estudarem o caso nos materiais de aula que se encontram no Sistema *on-line* do Curso, preferencialmente utilizando todas as disciplinas que já estudaram ou estão estudando.
- Discussão dos planos a serem executados com o usuário: através da orientação dos professores responsáveis, os alunos discutem as dificuldades encontradas e são orientados nas especificidades técnicas de cada curso no qual o aluno se insere. Após toda a preparação, o usuário retorna para receber o plano alimentar com as recomendações nutricionais.
- Uso do Google Drive: os dados do usuário são postados em um *link* específico após cada consulta e são monitorados pelo professor, que acompanha os resultados obtidos de maneira mais dinâmica.
- Pós-discussão de caso: em uma mesa redonda, o acompanhamento do usuário, seus resultados e dificuldades são discutidos entre alunos e professores, que orientam sobre os novos procedimentos, caso seja necessário.

Análise da similitude da autoavaliação dos estudantes no estágio de nutrição

Foi utilizada autoavaliação de desempenho no estágio como uma forma de avaliar o trabalho tanto do aluno quanto do professor, contribuindo assim para a melhoria da formação profissional do discente e do campo de estágio. O instrumento utilizado foi um questionário aberto, autopreenchido, entregue ao final do semestre. Foram analisadas 41 respostas, correspondente a 87% dos alunos que participaram do estágio e entregaram o questionário no segundo semestre de 2015. Esta primeira autoavaliação continha apenas a seguinte pergunta para o aluno: “como eu avalio o estágio?”.

No primeiro semestre de 2016 foram avaliados 56 questionários semiestruturados, correspondente a 74%, compostos de seis perguntas. As respostas foram agrupadas segundo a similaridade do tema. Foram criados os seguintes *clusters* de análise: (A) autopercepção do trabalho na clínica, com as perguntas A1 (como eu avalio meu desempenho durante o estágio?) e A6 (escreva como

foi o estágio para você e qual sua importância na formação profissional?), (B) avaliação pessoal com as perguntas B2 (quais pontos eu me considero forte, quais são minhas melhores qualidades?) e B3 (quais pontos eu preciso melhorar para me destacar na profissão) e (C) avaliação das melhorias estruturais desejadas pelos alunos com as perguntas C4 (quais os pontos você desejaria melhorar na estrutura da clínica?) e C5: (quais são os pontos que você desejaria melhorar no estágio?).

A análise do cluster A foi comparada com as respostas de 2015/2 por abranjerem a mesma temática. Foram analisados verbos, adjetivos e substantivos, relatados como formas ativas.

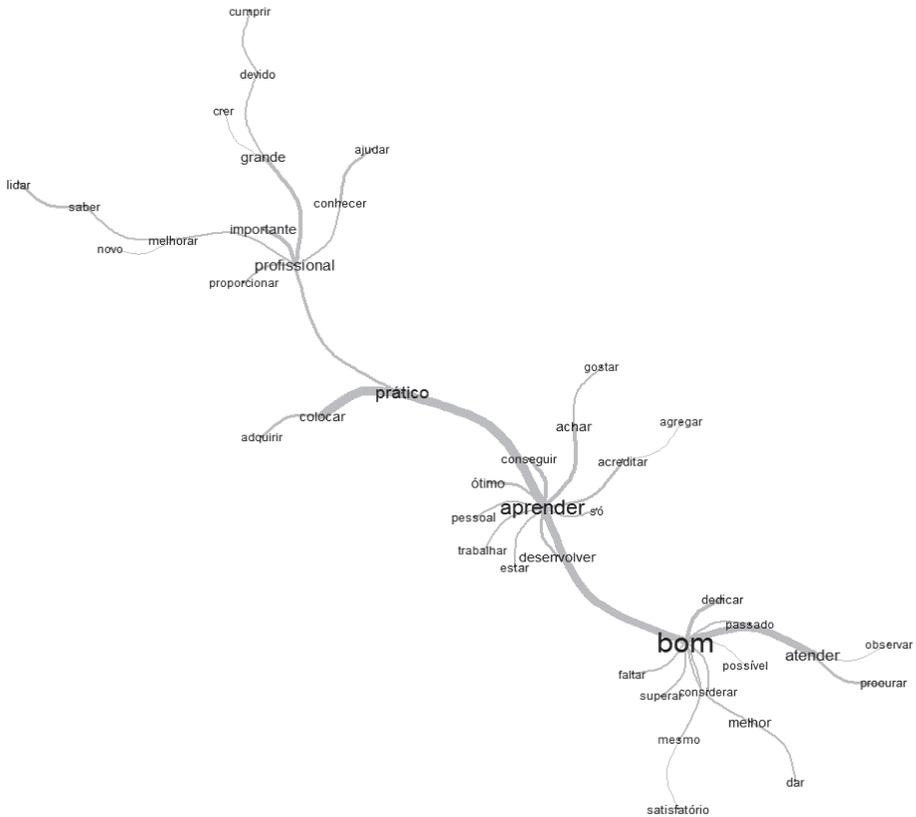
Cluster A: Análise da autoavaliação de desempenho do trabalho na clínica

Nessa análise foram consideradas as perguntas A1 e A6. Na pergunta A1, como eu avalio meu desempenho durante o estágio? foram analisadas 112 respostas, ou seguimentos de texto. Destes, 10% eram formados de *hapax* (palavras que não se repetiram), indicando um discurso comum e coincidente nas 100 respostas, trazendo para esta análise uma grande força de interpretação.

A análise de similitude da pergunta A1, aquela que possibilita identificar as coocorrências entre as palavras e resulta na conectividade entre as palavras (MARCHAND; RATINAUD, 2012) está representada na Figura 2.

As palavras que apresentam conectividade importante neste contexto foram bom, aprender, prático e atender, ressaltando a noção de que o aluno avalia a prática e o atendimento (nutricional) como bases do seu aprendizado, considerando seu trabalho como bom. A autoestima do aluno se mostra valorizada neste momento.

Figura 2 - Análise de similitude da autoavaliação de desempenho do aluno sobre o trabalho na clínica, referente a pergunta A1, em 1/2016



Fonte: elaboração dos autores.

A pergunta A6, escrita como foi o estágio para você e qual sua importância na formação profissional? foi analisada em conjunto com as avaliações de 2/2015 e 1/2016, por apresentarem similaridade de tema. No total foram analisadas 156 respostas e somente 8,17% eram formados por *hapax*, demonstrando grande consistência interna no discurso dos alunos.

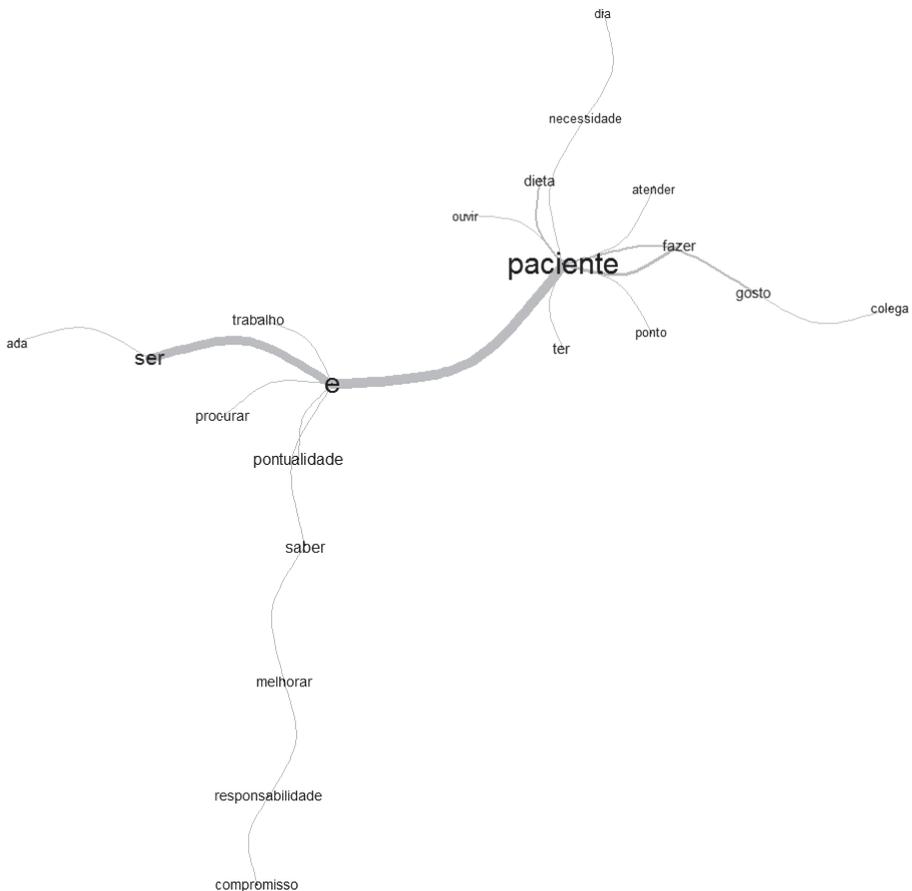
Na análise de similitude, foram encontradas as seguintes relações descritas na Figura 3.

Cluster B. Análise da autopercepção dos pontos fortes e fracos do aluno

A análise da autopercepção dos pontos fortes e os pontos fracos dos alunos foram realizados com 56 respostas avaliadas em 1/2016.

Em relação aos pontos fortes, no discurso do aluno, referindo-se a pergunta B2, quais pontos eu me considero forte, quais são minhas melhores qualidades? 21,3% foram formados por palavras que não se repetiam em outros textos, ou *hapax*, o que é esperado por ser uma resposta de valores pessoais (Figura 4).

Figura 4 - Análise de similitude sobre a autopercepção do aluno sobre seus pontos fortes, referente a pergunta B2, em 1/2016



Fonte: elaboração dos autores.

Ao analisar as Figuras 4 e 5, pode-se observar que o ponto forte do aluno é externo a ele, pois é referido ao paciente, ou sujeito da ação a ser realizada no estágio, o atendimento nutricional. Já o ponto fraco é interno ao aluno, ou ao conhecimento, um fator que exige proatividade e iniciativa para ser adquirido. Podem-se inferir com estas duas análises que o contato com os pacientes ajuda o aluno a perceber a necessidade de desenvolver cada vez mais o conhecimento, para serem bons profissionais de saúde.

Cluster C. Melhorias estruturais desejadas pelos alunos

As melhorias estruturais, tanto do estágio, quanto da clínica, foram pesquisadas nas perguntas C4 e C5, e analisadas em conjunto por se referirem a um tema único. Foram analisados 111 textos, com incidência de 14,57% de *hapax*, mostrando uma consistência interna forte. As palavras em destaque foram ter, paciente, consultório, aluno, sala, dever, atendimento, equipamento e organização (Figura 6). O aluno deve atender o paciente de forma organizada, com salas e equipamentos adequados.

Em geral, destacaram-se no curso de nutrição o desenvolvimento do estudante nas áreas de atuação em saúde coletiva, que abarcam o atendimento individual, atendimento coletivo por meio das ações de extensão e de educação nutricional, a melhoria do conhecimento em dietética, avaliação nutricional e outras disciplinas, capacitação técnica do estudante para pesquisa e extensão, aprimoramento da relação interpessoal (nutricionista-paciente), valorização da importância do conhecimento desenvolvido na relação interdisciplinar.

No curso de farmácia destacaram-se o desenvolvimento de conhecimentos do estudante nas áreas da farmacologia clínica, bem como o aprimoramento da relação interpessoal (farmacêutico-paciente), e a valorização da importância do conhecimento desenvolvido na relação interdisciplinar.

A autoavaliação do estudante do curso de nutrição foi marcante na construção do estágio, sendo um momento de reflexão que destacou necessidades, sucessos e problemas nos estágios, muitos já percebidos pelos professores. Mesmo apresentando consideráveis avanços na dinâmica da formação profissional, os estágios supervisionados devem ser palco de contínuas reflexões e avanços na área do conhecimento profissional.

Os conteúdos disciplinares dos Cursos de nutrição e de farmácia, bem como as metodologias e as práticas aplicadas no Estágio Supervisionado da Clínica Integrada de Saúde da Una contemplaram a interdisciplinaridade, pois as metodologias foram compartilhadas gerando um novo conhecimento no atendimento ao paciente.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. *Pró-saúde*: programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde/Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. *Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde*: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- BRITO, M. R. F. O SINAES e o ENADE: da concepção à implantação. *Avaliação*, Sorocaba, v. 13, n. 3, p. 841-850, nov. 2008.

CALLEJON, K. S.; PATERNEZ, A. C. A. C. Adesão ao tratamento nutricional por pacientes atendidos na Clínica de Nutrição Docente Assistencial da Universidade Municipal de São Caetano do Sul (USCS). *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, São Caetano do Sul, v. 6, n. 17, p. 3-8, jul./set. 2008.

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Sociedade e Cultura*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1/2, p. 51-74, 2000.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (Brasil). *As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil: relatório final da CNDSS*. Rio de Janeiro: CNDSS; 2008. Disponível em: <<http://www.cndss.fiocruz.br/pdf/home/relatorio.pdf>>. Acesso em: 08 jan. 2010.

FRATINI, J. R.G.; SAUPE, R.; MASSAROLI, A. Referência e contra referência: contribuição para a integralidade em saúde. *Ciencia, Cuidado e Saúde*, Maringá, v. 7, n. 1, p. 65-72, jan./mar. 2008.

GUIMARÃES, N. G. et al. Adesão a um programa de aconselhamento nutricional para adultos com excesso de peso e comorbidades. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 23, n. 3, p. 323-333, jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732010000300001&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 18 jun. 2013.

KAN, S. *Um mundo, uma escola: a educação reinventada*. Rio de Janeiro: Intrínseca, 2012.

KUENZER, A. Z. A educação profissional nos anos 2000: a dimensão subordinada das políticas de inclusão. *Caderno CEDES*, Campinas, v. 27, n. 96, p. 877-910, out. 2006.

LUZ, M. T. Complexidade do Campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade de saberes e práticas: análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 2, n. 18, p. 304-311, 2009.

MARCHAND, P.; RATINAUD, P. L'analyse de similitude appliquée aux corpus textuels: les primaires socialistes pour l'élection présidentielle française. In: JOURNEES INTERNATIONALES D'ANALYSE STATISTIQUE DES DONNEES TEXTUELLES, 11., 2012. Liège, Belgique. *Actes...* Liège, Belgique: JADT 2012. p. 687-699. Disponible en: <<http://lexicometrica.univ-paris3.fr/jadt/jadt2012/Communications/Marchand,%20Pascal%20et%20al.%20-%20L%27analyse%20de%20similitude%20appliquee%20aux%20corpus%20textuels.pdf>>. Accès à: 13 abr. 2013.

MENDES, E. V. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1996.

SANTOMÉ, J. T. *Globalização e interdisciplinaridade*. Porto Alegre: Artmed, 1998.

SOMMERMAN, A. *Inter ou transdisciplinaridade: da fragmentação disciplinar ao novo diálogo entre os saberes*. São Paulo: Paulus, 2006.

PARTE IV

Comunicação nos cuidados em saúde

Interações comunicativas no cuidado à saúde em um hospital público de Salvador-BA

Maria Ligia Rangel-S
Ana de Oliveira Barbosa
Andrija Oliveira Almeida

Introdução

A análise da produção científica especializada na área da saúde coletiva evidencia que o desenho normativo e a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS) implicaram a demanda por novos arranjos na dimensão comunicativa do trabalho e da organização do cuidado em saúde, bem como fomentou o de investigações no campo da comunicação e saúde. Desse modo, questões tocantes à área têm ganhado espaço na agenda científica da saúde coletiva no Brasil, constituindo-se pauta de preocupação intelectual de pesquisadores a partir dos mais variados enfoques teórico-metodológicos, abordagens interpretativas e recortes temáticos.

Enquanto objeto de investigação, a comunicação em saúde tem sido discutida em três perspectivas analíticas, a saber: comunicação e cuidado em saúde; comunicação em saúde e os modelos comunicacionais alternativos; e comunicação e gestão organizacional dos serviços de saúde.

Na perspectiva da comunicação e cuidado em saúde, identificam-se estudos que atribuem à comunicação em saúde um papel estratégico no cuidado em saúde ao possibilitar a circulação de informação adequada e oportuna de modo a

impactar positivamente a situação de saúde de grupos específicos e/ou de indivíduos. (ARAÚJO, SILVA, 2007; BARLEM et al., 2008; DIAS; VIEIRA, 2008; GULLO; LIMA; SILVA, 2000; MORAIS et al., 2009; ORIÁ; MORAES; VICTOR, 2004; STEFANELLI, 1993; TEIXEIRA, 1996)

Nesse contexto, o foco dos trabalhos são as interações comunicativas estabelecidas entre profissionais de saúde e pacientes, especialmente na área de enfermagem. Assim, estudos evidenciam a relevância do uso da comunicação terapêutica/comunicação afetiva, reconhecendo que a comunicação pode influenciar no modo como o cuidado é prestado; sinalizam que a existência de falhas nas interações comunicativas podem comprometer a segurança do paciente, configurando-se em fatores iatrogênicos; e alertam para a necessidade de melhoria nas estratégias informacionais/comunicacionais desenvolvidas pelos hospitais junto aos usuários/pacientes, tendo em vista a humanização do cuidado. (ARAÚJO; SILVA; PUGGINA, 2007; BRAVO et al., 2010; CRUZ; BERMEJO; CUNHA, 2017; LUCENA; GOES, 1999; PERICARDIS, 1999; SILVA et al., 2007)

Tais estudos são de natureza qualitativa, utilizam abordagens interpretativas das áreas da psicologia social, antropologia e sociologia. Da psicologia social pontuam-se o modo como os indivíduos interpretam durante a interação e como a interpretação influencia seu comportamento, bem como a escuta que valoriza a subjetividade do ser humano, sobretudo na comunicação não verbal – expressões, olhares, posturas, silêncios, gestos). Da antropologia, incorpora-se a percepção da comunicação como necessidade básica do ser humano, atendendo-se para o repertório cultural do paciente e assumindo-se a comunicação como *processo social*, contextualizada em meio social e cultural. Na antropologia tem-se o estudo da linguagem corporal (cinésica) de Birdwhistell (1985) e na sociologia, destaca-se o uso social do espaço (volume de voz, postura corporal, disposição de objetos no espaço), definida por Hall (1987) como distância interpessoal (proxêmica). As perspectivas teóricas do interacionismo simbólico de Mead, Rose e Blumer aparecem como referencial teórico de alguns estudiosos de modelos e teorias em enfermagem como Sullivan (Teoria interpessoal em psiquiatria), Ruesh (Teoria da comunicação terapêutica), dentre outros. (LUCENA; GOES, 1999; RAMOS; BORTAGARAI, 2012; STEFANELLI, 1993) Entretanto, alguns estudos tratam da comunicação em saúde sem explicitar o referencial teórico-metodológico.

Na perspectiva da comunicação em saúde e políticas públicas tem-se como objeto de investigação políticas, práticas e estratégias de comunicação em saúde. Identificam-se como recortes temáticos nessa perspectiva, comunicação como direito, e comunicação, práticas e estratégias de comunicação em saúde. Tais recortes apresentam como ponto de convergência a busca por novos referenciais teórico-metodológicos para romper e superar as formas tradicionais de fazer comunicação em saúde no âmbito do projeto político da Reforma Sanitária Brasileira e do Sistema Único de Saúde (SUS).

A produção científica referente ao recorte temático da comunicação como direito ainda é incipiente, contudo encontram-se trabalhos que abordam o direito à comunicação na perspectiva do direito humano. Os estudos no âmbito da saúde, assumem o pressuposto de que o direito à comunicação é parte constitutiva do direito à saúde. Assim, tem-se como elementos orientadores o conceito ampliado de saúde e os princípios e diretrizes do SUS, assumido como política pública destinada à efetivação do direito à saúde do cidadão brasileiro (ARAÚJO; CARDOSO; MURTINHO, 2008; CARDOSO, 2000; GOMES, 2007; LOFÊGO; PINHEIRO, 2014; PINHEIRO; LOFÊGO, 2012; RIBEIRO; CRUZ; MARÍNGOLO, 2013), resguardando assim o direito de participar do processo de comunicação.

Nesta lógica, ampara-se o fundamento do direito do cidadão/usuário de poder se expressar com e como os demais sujeitos sociais, de ser ouvido em relação às questões de saúde, inclusive no contexto de um hospital público, bem como de ter acesso às informações que desejar sobre a sua saúde, os procedimentos e os serviços. Implica ainda em fazer circular a voz dos cidadãos/usuários na rede comunicacional, produzindo e ressignificando sentidos em saúde; viabilizar acesso democrático à informação de qualidade para orientar a tomada de decisão no autocuidado e no exercício do controle social em saúde. Ademais, tem-se que considerar a diversidade dos usuários para adequar a oferta de informação, reconhecendo que ao virem de contextos diferentes, os usuários possuem modos diferentes de se apropriarem da informação veiculada, de internalizar o conhecimento, dar-lhe sentido, ressignificá-lo e incorporá-lo ao seu cotidiano ou mesmo à sua vida em comunidade. (ARAÚJO, 2004, 2009)

No segundo recorte temático, comunicação, práticas e estratégias de comunicação em saúde, observa-se nos estudos um esforço de pesquisadores e estudiosos da comunicação em saúde para formular modelos comunicacionais e abordagens teórico-metodológicas inovadoras que sejam capazes de fomentar/

contribuir para a reorientação dos modelos comunicacionais tradicionais em saúde, ditos verticalizados e unidirecionais.

Neste sentido, pontua-se o modelo do mercado simbólico de Araújo (2004) em que a comunicação em saúde é referida como processo centrado na interlocução e negociação de sentidos, pressupondo a existência de fluxo contínuo de saberes entre comunidades discursivas e indivíduos. (ARAÚJO, 2004; MAINGUENEAU, 1993) Quanto à abordagem teórico-conceitual, adota conceitos como produção social de sentidos, contexto, lugar de fala, mediações, comunidades discursivas e mercado simbólico a partir de referenciais das Ciências Sociais, a exemplo da noção de poder simbólico de Bourdieu, microfísica do poder de Foucault, mediação de Martin-Barbero, modelo produtivo de Verón e arena de embates sociais de Bakhtin. (ARAÚJO 2004, 2009)

Seguindo essa tendência, Costa e Rangel-S (2007) propõem a incorporação de abordagens e práticas de “comunicação simétrica” nos contextos organizacionais de saúde. Para Rangel-S (2008), nos serviços de saúde, a interação comunicativa ocorre de diversos modos, tendo-se em conta que as práticas comunicativas podem ser de três naturezas: não estruturadas referindo-se a comunicação ordinária do cotidiano dos agentes de uma instituição/organização em saúde; semiestruturadas que abrangem as práticas não institucionalizadas organizadas por profissionais para apoiar as ações de saúde; e por fim, as estruturadas enquanto práticas vinculadas a políticas e/ou plano de ação em saúde.

Argumenta ainda que a comunicação permeia o cotidiano do trabalho em saúde, referindo-se à comunicação em saúde como uma das dimensões do processo de trabalho que incide sobre objetos, meios e finalidades, e que é pautada pela dinâmica social e pelas políticas de saúde. Nesse aspecto, destaca-se o estudo de Coriolano-Marinus e colaboradores (2014), realizado a partir de revisão integrativa da literatura, que evidencia a presença de quatro eixos temáticos de comunicação nas práticas de saúde no âmbito do SUS, incluindo comunicação no estabelecimento de relações entre trabalhadores de saúde e usuários; comunicação e formação do trabalhador de saúde; (des)comunicação como barreiras ao ato comunicativo; e modelos comunicativos em saúde, enfatizando-se a busca por modelo dialógico.

Na dimensão da prática social, a comunicação é atividade de interação entre sujeitos que ocorre em contextos particulares e com uso de linguagem, de modo que os sujeitos, mediante a linguagem, permanentemente trocam sentidos,

produzem e reproduzem a realidade social, os valores, as crenças, os fenômenos da vida, da saúde e da doença em um determinado contexto. (RANGEL-S, 2008; TEIXEIRA, 1996) Essas abordagens fundamentam-se em contribuições das Ciências Sociais, especialmente na Antropologia, Sociologia e na Sociolinguística para proporem práticas comunicativas dialógicas. Deste modo, tais abordagens incorporam conceitos como saberes sociais/saberes circulantes de Boaventura Santos, representações como fatos sociais de Rabinow, papel da linguagem em Vigotsky, jogos de linguagem em Wittgenstein, diálogo de Habermas, contextos em Verón, práticas sociais, dentre outros.

Frente ao desafio de estabelecer modelos alternativos e políticas de comunicação em saúde, de cunho dialógico, pesquisadores têm centrado esforços em buscar inovação metodológica na comunicação em saúde. Em estudo qualitativo de Rangel-S, Guimarães e Belens (2014, p. 214) sobre a inovação metodológica na comunicação em saúde, foram

[...] considerados objetos e metodologias inovadores aqueles que utilizaram estratégias de construção do objeto e da pesquisa com abordagens de cunho interdisciplinar, [...] construindo interfaces com outras áreas de conhecimento, como Artes (cinema, artes plásticas, fotografia, etc.), Filosofia, entre outras, que deem visibilidade a saberes, vozes e olhares dos sujeitos da pesquisa (usuários de serviços de saúde, profissionais e gestores), tomados como sujeitos ativos na produção de sentidos.

Enquanto objetos de investigação na perspectiva comunicação em saúde e gestão no contexto organizacional dos serviços de saúde, identifica-se vasta produção científica, cujos temas abrangem gestão da informação e comunicação em saúde, papel da comunicação nas organizações públicas de saúde, relações comunicativas no processo de gestão organizacional, comunicação em saúde como ferramenta para gestão hospitalar, incorporação de Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) em hospitais públicos, modelo de gestão comunicativa de redes para o Sistema de Inovação em Saúde, dentre outros. (AGUIAR, MENDES, 2016; BRETAS; FERREIRA; FURTADO, 2013; FERREIRA et al., 2013; MARTINS; ARTMANN; RIVERA, 2012; NASSAR, 2004)

No que concerne à abordagem teórico-conceitual desses recortes temáticos, pode-se destacar, no contexto da gestão comunicativa de redes, a teoria da ação comunicativa de Habermas (1987), tendo como elementos conceituais redes de

interação, agir comunicativo, bem como de outros conceitos, na perspectiva de Flores (1989), que compreende negociação de compromissos, linguística das organizações e organização como rede de conversação; ou ainda sistema de inovação na perspectiva de Cassiolato e Lastres (2005), e Viana e colaboradores (2011). No âmbito das Relações Comunicativas no Processo de Gestão, os estudos incorporam a teoria da ação comunicativa de Habermas (1987), conceitos como liderança comunicativa (RIVERA, 2003), agir comunicativo (RIVERA, 1999), organização comunicante (1996), planejamento estratégico-situacional de Matus (1989).

Atribui-se à comunicação no âmbito das organizações em saúde um papel estratégico (BRETAS; FERREIRA; FURTADO, 2013; NASSAR, 2004; RIVERA, 2003), tendo-se em conta que a comunicação promoveria o elo relacional-dialógico intra e extraorganizacional para orientar ações e tomada de decisões de forma articulada, e contribuir para o alcance dos objetivos propostos. A despeito do caráter estratégico da comunicação para a gestão em saúde, a institucionalização da gestão da comunicação no contexto das organizações públicas de saúde ainda se apresenta como desafio. Em resposta a essa realidade, Ministério da Saúde tem centrado esforços para fomentar a capacidade gestora, nas três esferas de governo, para planejamento, execução, monitoramento e avaliação das ações de comunicação aplicadas Vigilância em Saúde. (BRASIL, 2008)

Também no âmbito hospitalar, a gestão comunicativa é incipiente. Nassar (2006) argumenta que a gestão hospitalar deve contemplar projeto de comunicação capaz de dialogar com diversos públicos e que esteja em consonância com a cultura institucional, contemplando princípios e agregando a isso a gestão da comunicação. Todavia, a adesão dessa proposta pelos gestores ainda se apresenta como desafio. (NASSAR, 2004) A esse respeito, Silva (2003) complementa que a organização hospitalar apresenta uma cultura tradicional e refratária à processos de mudança.

Em diálogo com a produção especializada e levando em consideração as lacunas científicas, este estudo tem como objeto a comunicação em saúde no cotidiano do trabalho no âmbito hospitalar no contexto do Sistema Único de Saúde, buscando-se descrever e analisar as características de práticas comunicativas estruturadas em salas de espera a partir do enfoque sobre a dimensão relacional do contato entre profissionais de saúde e usuários em uma instituição

hospitalar de Salvador-BA e suas interfaces com os modelos de comunicação em saúde.

Trata-se de estudo qualitativo, de abordagem exploratória, realizado em um hospital público de referência em cardiologia e nefrologia, em Salvador-Bahia, no período de 2014 a 2015. Para a coleta de dados, adotou-se a observação direta e sistemática (ANGROSINO, 2009; VIANNA, 2003) de atividades educacionais em saúde realizadas no âmbito hospitalar, com base em roteiro-norteador e registro em diário de campo. Elegeu-se a sala de espera como cenário cotidiano de observação das interações comunicativas no contexto hospitalar, tendo-se em conta os sujeitos, os lugares de fala e os contextos de interlocução, ou seja, aspectos da dimensão relacional do processo comunicativo. (KUNSCH, 2003)

A análise dos dados compreendeu leitura panorâmica, categorização e interpretação dos dados. Desse modo, foram analisadas: a) as condições dos sujeitos no processo comunicativo e seus lugares de enunciação, ou seja, a posição social na interação (profissional de saúde/emissor; usuário-visitante/receptor); b) as características do fluxo das informações (descendente ou vertical, ascendente, horizontal ou lateral, transversal e circular); c) a natureza das mensagens veiculadas (o que se falava /conteúdo), dos meios e recursos utilizados para viabilizar a comunicação e dos modos por meio dos quais se comunica (tipos de linguagem: técnica, coloquial, imperativa/prescritiva, dialógica); e d) outros fatores sociais e organizacionais que interferem na circulação de informações. (KUNSCH, 2003)

Considerações sobre comunicação em saúde no contexto hospitalar

O hospital no ocidente enquanto dispositivo institucional passou por um conjunto de transformações históricas significativas que suscitaram, a partir dos séculos XVII e XVIII, o deslocamento de sua função de espaço de assistência material e espiritual a segmentos sociais excluídos – a exemplo de pobres, loucos e prostitutas – para a conformação enquanto instrumento terapêutico articulado ao desenvolvimento de mecanismos da tecnologia médica.

Como se pode observar nos estudos de Foucault (2008), essa redefinição do papel do hospital relaciona-se ao desenvolvimento da clínica e da medicina

científica, que fundamenta as “[...] bases conceituais e organizacionais do modelo médico-assistencial hospitalocêntrico” (TEIXEIRA; VILASBÔAS, 2014, p. 289), conformado na Europa Ocidental a partir do século XVIII e com expressividade ainda nos tempos atuais.

Para Giddens (2005), os hospitais são organizações modernas orientadas ao alcance de objetivos específicos e, desse modo, constituem-se fontes emissoras de poder e de informação, cujos processos comunicacionais e atos comunicativos são por natureza complexos e relacionais. Nesta mesma perspectiva, Vasconcellos-Silva, Rivera e Castiel (2003) argumentam que os hospitais consistem em organizações corporativas autônomas e atomizadas, com estruturas fortemente marcadas pela setorização de ações, pela hierarquia e disciplinarização de saberes e pela existência de laços relacionais inibidores do desenvolvimento de projetos coletivos.

Na segunda metade do século XX, no âmbito dos debates internacionais acerca da reforma dos sistemas de saúde e da reorganização dos serviços e das práticas de saúde, novas discussões sobre a (re)adequação do papel do hospital às necessidades de saúde no contexto contemporâneo têm se colocado na pauta política e científica no campo da saúde coletiva. No Brasil, este debate se inscreve no contexto mais amplo das lutas pela redemocratização da saúde na década de 1970, com a politização da questão sanitária por movimentos sociais no campo da saúde – a exemplo do movimento da Reforma Sanitária Brasileira (PAIM, 2008) – e tem desdobramentos a partir da criação do SUS com a articulação para construir alternativas ao modelo médico-assistencial hospitalocêntrico. (TEIXEIRA; VILASBÔAS, 2014)

Neste cenário, ganha visibilidade o debate sobre o papel da comunicação em saúde na instituição hospitalar e a sua potencial contribuição para a garantia do acesso dos cidadãos/pacientes/usuários a informações oportunas e adequadas ao cuidado à saúde a partir de matrizes comunicacionais dialógicas e não-lineares, assim como assume destaque um conjunto de discussões sobre a necessidade de implementação de práticas comunicativas polifônicas e abertas à alteridade. (DIAS; VIEIRA, 2008; RANGEL, 2008; STEFANELLI, 1993)

No Brasil, considerando o processo de reorganização do modelo de atenção e de reconfiguração do papel do hospital no âmbito do SUS, questiona-se a produção de comunicação em saúde à luz dos problemas e necessidades de saúde, da diversidade socioeconômica e cultural dos sujeitos e dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Neste sentido, há uma diversidade de repertórios teórico-metodológicos e de olhares sobre as diferentes dimensões que envolvem o universo da comunicação em saúde em hospitais. Alguns estudos evidenciam que a presença de comunicação não assertiva no âmbito hospitalar, nomeadamente as interações comunicativas entre profissionais de saúde e profissionais de saúde/pacientes, pode se apresentar como um fator iatrogênico ao gerar riscos para pacientes. (ARAÚJO; SILVA; PUGGINA, 2007; BRAVO et al., 2010; PERICARDIS, 1999; TAVARES, 2007) A iatrogenia diz respeito ao dano físico e/ou psicológico decorrente da atuação do profissional de saúde, portanto, pondera-se que todo profissional de saúde possui um potencial iatrogênico. (TAVARES, 2007)

Nesse sentido, destacam-se estudos como o de Pericardis (1999), que sinalizam a presença de comunicação iatrogênica na área de cancerologia, ou ainda, de Tavares (2007) que alerta sobre a necessidade de reflexão acerca da iatrogenia e da educação médica. Outros estudos apontam que problemas na comunicação interpessoal (equipe de saúde) e comunicação verbal e não-verbal (profissional de saúde-paciente) podem comprometer a segurança do paciente na medida em que tais problemas se configuram em causa de erros de medicação, geram ansiedade ao paciente nos períodos de pré e pós-operatório ou interferem na adesão e resposta emocional do paciente hospitalizado ao tratamento. Nessa perspectiva, os problemas geralmente são associados à veiculação de informação imprecisa, insuficiente, excessivamente técnica ou ao pouco tempo destinado a informação. (ARAÚJO; SILVA; PUGGINA, 2007; BERRIDGE; MACKINTOSH; FREET, 2010; BRAVO et al., 2010; KILNER; SHEPPARD, 2010; PAEGLE; SILVA, 2005; SILVA et al., 2007; TAVARES, 2007; TEIXEIRA, 1996)

Contrapondo-se a essa vertente, identificam-se na literatura estudos na linha da humanização do cuidado em enfermagem, promoção da saúde e acreditação hospitalar em que a comunicação assertiva é referida como instrumento para viabilizar a segurança do paciente hospitalizado. Considera-se que a prática da comunicação efetiva pode contribuir para o desenvolvimento de resposta emocional positiva, atitude de aceitação do ambiente e dos procedimentos e adesão ao tratamento durante o processo de hospitalização. (AGUIAR; MENDES, 2011; BARLEM et al., 2008; ORIÁ; MORAES; VICTOR, 2004)

Outros estudos problematizam os modelos hegemônicos de comunicação em saúde norteadores das práticas comunicacionais em instituições

hospitalares, a partir do exame crítico à idealização da eficácia da comunicação, à instrumentalização das práticas comunicativas, à submissão das interações comunicativas aos objetivos organizacionais, à sobrevalorização das referências técnicas, entre outros aspectos. (ARAÚJO, 2004; VASCONCELLOS-SILVA; RIVERA; CASTIEL, 2003; VASCONCELLOS-SILVA; RIVERA; ROZEMBERG, 2003)

Notas sobre práticas comunicacionais em saúde em salas de espera de um hospital público de Salvador-BA

Nesta seção, destacamos as características de ações comunicacionais em saúde dirigidas a usuários/visitantes e desenvolvidas por profissionais de saúde em salas de espera de um hospital público¹ de Salvador-BA – os “grupos informativos”, identificadas durante a realização de trabalho de campo em contexto de pesquisa sobre comunicação e saúde na unidade hospitalar.

A literatura especializada aponta que as formas assumidas pelo fazer comunicacional em saúde estão articuladas às racionalidades dos modelos de atenção, bem como às características e especificidades organizacionais dos serviços. (ARAÚJO, 2004; RANGEL-S, 2008; VASCONCELLOS-SILVA; RIVERA; ROZEMBERG, 2003) Nesse sentido, ao longo da exposição dos achados empíricos, recuperaremos alguns pontos atinentes à interface entre os modelos de comunicação hegemônicos e as especificidades organizacionais das instituições hospitalares.

O mapeamento de ações de comunicação em saúde no contexto de estudo evidenciou que os denominados “grupos informativos” se constituem o tipo predominante de prática comunicacional no cotidiano da instituição de saúde. São atividades realizadas por psicólogos e assistentes sociais em salas de espera, com frequência diária e duração de 10 a 15 minutos, dirigidas a visitantes de pacientes em situação de internamento.

Em linhas gerais, a análise dos dados aponta para a filiação das práticas comunicacionais operacionalizadas por meio dos “grupos informativos” a modelos

1 O cenário do estudo foi um hospital pertencente à rede pública de saúde com atuação em ensino, pesquisa e assistência em diferentes especialidades médicas, a exemplo de clínica médica, cirurgia geral, cardiologia clínica e cirúrgica, nefrologia, cirurgia vascular, cuidados intensivos, entre outras, que presta atendimento a pacientes oriundos de diversos municípios do estado.

lineares de comunicação. Os fundamentos desses modelos assentam-se na dimensão cognitivo-transmissional, no enfoque diretivo, na função disciplinadora e na hegemonia do universo clínico especializado como fonte de referências informacionais com vistas à mudança comportamental dos atores e aderência aos objetivos da instituição hospitalar. Diz respeito à prevenção de riscos, aspectos estes que dialogam com resultados de outros estudos da área, conforme descreveremos a seguir. (RANGEL, 2008; VASCONCELLOS-SILVA; RIVERA; CASTIEL, 2003)

Uma das características dos grupos informativos a ser destacada diz respeito ao lugar privilegiado de emissão de mensagens assumido por técnicos da área de Psicologia e Serviço Social. Quanto a este aspecto, Rangel-S (2008) chama a atenção para o fato de que, no cotidiano do serviço, os profissionais de saúde estão imersos na dimensão comunicativa e simbólica do trabalho em saúde, ocupam lugares de fala autorizada e de poder institucional, mas apenas parte deles se envolve diretamente nas práticas estruturadas ou semiestruturadas de comunicação dirigidas aos segmentos de usuários (pacientes, visitantes ou acompanhantes).

Para Vasconcellos-Silva, Rivera e Castiel (2003, p. 1676), isto expressa especificidades das funções organizacionais das instituições hospitalares cujos modos de funcionamento se articulam a processos de “[...] objetivização e especialização de perspectivas a serviço de um esforço de resolutividade [...]”, a partir da afirmação referencial do conhecimento técnico na produção de sentidos e verdades legítimas.

De outro lado, esse destaque atribuído a especialistas das áreas de Psicologia e Serviço Social no contexto interativo das salas de espera como representantes do poder técnico em saúde e como ocupantes de lugares de fala e de emissão de mensagens institucionais carregadas de informações estratégicas para o funcionamento do hospital, pode ser lido, a partir da visão dos autores, como uma evidência da fragmentação e da autonomização das funções corporativas setoriais no ambiente hospitalar, bem como de processos de reafirmação da legitimidade simbólica da instituição como fonte produtora de saber e informação especializada em saúde.

No modelo dos “grupos informativos” observados, o segmento de usuário constituído por grupos de visitantes figura no polo receptor e se constitui público-estratégico da atividade comunicacional em análise, a quem são dirigidas informações tocantes à segurança do paciente no contexto hospitalar. Em geral,

os grupos de visitantes se caracterizam por apresentar, em sua composição, relativa rotatividade e diversidade de sujeitos que frequentam espaços específicos do ambiente hospitalar, a exemplo das salas de espera, enfermarias e unidades de terapia intensiva, com interesses e objetivos, em princípio, bem delimitados e não coincidentes com as missões corporativas pretendidas pelos profissionais de saúde nas ações comunicacionais.

Nesse sentido, os visitantes têm, de um lado, como finalidade principal o contato com pessoas dos seus círculos de relações interpessoais, que estão na condição de pacientes na unidade hospitalar sob cuidado assistencial. De outro lado, os profissionais de saúde buscam neutralizar os riscos de iatrogenia e salvaguardar a segurança dos pacientes e, para tanto, lançam mão do exercício da função educativa e da função disciplinadora por meio de ações comunicacionais de natureza cognitivo-instrumental e diretiva. (VASCONCELLOS-SILVA; RIVERA; CASTIEL, 2003)

Nas práticas comunicacionais observadas nos “grupos informativos” em análise, têm-se a cristalização dos lugares de emissão e recepção concebidos a partir de fluxos comunicativos verticalizados e inscritos em um modelo comunicacional mecanicista, que contribui para o enfraquecimento das potencialidades do ato comunicativo enquanto produtor de interlocução e de sentidos agregadores e, ao mesmo tempo, compromete os objetivos institucionais na medida em que se funda em hiatos de comunicação. (VASCONCELLOS-SILVA; RIVERA; CASTIEL, 2003)

Os grupos informativos realizados nas salas de espera apresentam uma estrutura predefinida, fundada em uma “ritualística de transmissão de informação” (VASCONCELLOS-SILVA; RIVERA; CASTIEL, 2003) definidora dos lugares de emissão/recepção de mensagens, que compõe um modelo de procedimento padronizado e se desenvolve com base no seguinte *script* norteador: 1) apresentação do profissional de saúde; 2) distribuição de meio de comunicação (folder); 3) apresentação da unidade hospitalar; 4) transmissão de informações orais concernentes às normas de comportamento/conduitas esperadas do visitante no ambiente hospitalar; 5) orientações sobre as rotinas institucionais; e 6) encerramento com perguntas direcionadas aos interlocutores sobre existência de dúvidas quanto às informações transmitidas.

Outro aspecto de natureza comunicacional a ser destacado, diz respeito à natureza, à quantidade e à diversidade de conteúdos veiculados referentes à rotina hospitalar e aos comportamentos prescritos aos visitantes com vistas

à segurança do paciente e à minimização de riscos e iatrogenia, o que pode gerar confusões cognitivas nos ouvintes, sobretudo, considerando que a própria especificidade do contexto de interação (no caso em tela, a visita hospitalar) e a condição emocional dos sujeitos a quem as informações são dirigidas (usuários/visitantes de pacientes) se constituem aspectos catalizadores dos mecanismos de seletividade da mensagem na situação comunicativa, sendo este elemento, talvez, um dos principais concorrentes com o conteúdo objeto da atividade de comunicação em saúde.

No que tange aos recursos comunicacionais utilizados pelos profissionais de saúde para a realização dos grupos informativos, observou-se a combinação entre mecanismos de comunicação oral (preleção) e escrita (folder) com vistas à transmissão de informações de natureza prescritiva tocantes às rotinas hospitalares e ao comportamento esperado dos visitantes/acompanhantes. Observou-se durante o trabalho de campo que o uso concomitante de preleção e folder como recursos comunicacionais no desenvolvimento da atividade acarreta, no processo comunicativo, um nível de concorrência informacional que divide a atenção dos ouvintes quanto aos canais utilizados e às mensagens difundidas.

Assim, os meios de comunicação orais (preleção) e escritos (folder), que evidenciam terem sido pensados intencionalmente em sentido de complementaridade, têm a sua funcionalidade comprometida no contexto do ato comunicativo. Além desses fatores limitantes, intrínsecos à própria atividade, foram identificados outros aspectos geradores de ruídos comunicacionais e de interferências associados ao ambiente/espço onde a atividade é realizada, a exemplo, do fluxo intenso de pessoas e de materiais diversos, o que interfere na dinâmica da atividade e afeta o cumprimento dos seus objetivos.

Assim, é importante considerar que as especificidades da comunicação em saúde, mormente em contexto hospitalar, intensificam ainda mais a complexidade da produção de sentidos do diálogo na medida em que fatores mediadores e barreiras comunicacionais de várias ordens se interpõem e influenciam, de modo centrífugo, a produção de sentidos comuns e afetam os propósitos dos dois grupos em interação no ato comunicativo

De acordo com Kunsch (2003, p. 74), as barreiras comunicacionais “[...] são os problemas que interferem na comunicação e a dificultam. São ‘ruídos’ que prejudicam a eficácia comunicativa [...]”. Nesta perspectiva, no processo comunicativo lato sensu, estas barreiras podem ser gerais ou comuns,

assim como apresentar características específicas no âmbito da comunicação nas organizações. Para Kunsch (2003), as barreiras gerais podem ser classificadas em:

- Mecânicas ou físicas: são relativas aos fatores físicos, tais como a inadequação dos meios de transmissão e das características do ambiente, que podem afetar ou impedir a ocorrência da comunicação;
- Fisiológicas: correspondem a fatores de ordem biológica, os quais se não considerados no processo comunicativo dificultam ou impedem que a comunicação ocorra, a exemplo da surdez e da cegueira;
- Semânticas: estão relacionadas ao uso inadequado de linguagem, em geral, não familiar e não pertencente ao repertório dos sujeitos a quem a comunicação é dirigida, a exemplo do uso de linguagem técnica por profissionais de saúde em situações de comunicação com usuários em contextos de atenção à saúde, a exemplo de hospitais;
- Psicológicas: dizem respeito à interface entre o conjunto de referências sociais e de experiências pessoais dos sujeitos – valores, crenças, percepções, preconceitos – que informam atitudes, comportamentos e o próprio estar no mundo.

Acrescidas às barreiras comunicacionais gerais ou comuns, outras de ordem específica se interpõem no processo comunicativo em organizações modernas, as quais precisam ser consideradas, nomeadamente, em serviços de atenção à saúde, como os hospitais, onde a comunicação está relacionada à qualidade do cuidado de saúde e aos riscos intrínsecos.

Neste sentido, Kunsch (2003) argumenta que, entre as principais barreiras presentes nas práticas comunicativas em contextos organizacionais, destacam-se as seguintes:

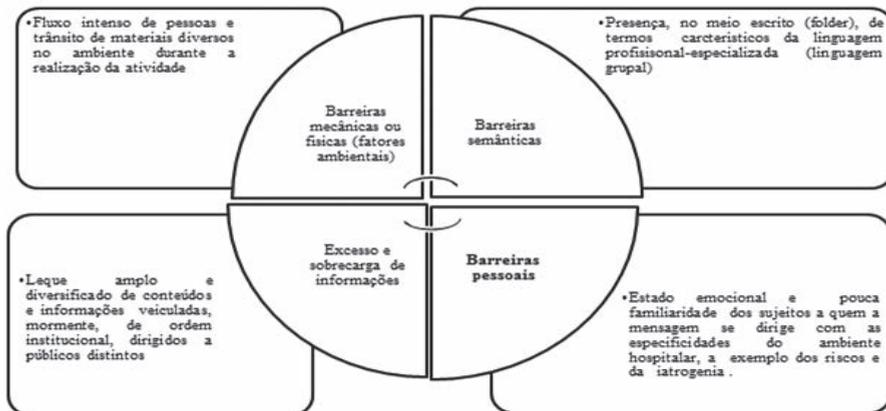
- Pessoais: pressupõe-se que características dos sujeitos envolvidos nos atos comunicativos no ambiente organizacional podem se constituir elemento facilitador ou obstáculo às comunicações. Assim, são reconhecidos como fatores de influência sobre o processo comunicativo

traços de personalidade, estado de espírito, valores, emoções, visões de mundo e formas de comportamento dos sujeitos em interação. (KUNSCH, 2003);

- Administrativas ou burocráticas: “[...] decorrem das formas como as organizações atuam e processam suas informações”. (KUNSCH, 2003, p.75) Essas barreiras correspondem, entre outros aspectos, à sobreposição de condições tais como nível de especialização das atividades desenvolvidas, distância física, relações de poder e autoridade, monopólio de informações;
- Excesso de informações: a sobrecarga de informações e a ausência de mecanismos de seleção e de prioridades comunicativas pela fonte emissora, de acordo com as características do grupo social para quem a comunicação é veiculada, podem ser geradoras de confusão e, em consequência, comprometer o processo comunicativo;
- Comunicações incompletas e parciais: diz respeito a fragmentações e a distorções na circulação informacional, o que pode gerar ambiguidades e comprometer o processo comunicativo;
- Audição seletiva: refere-se a mecanismos bloqueadores de mensagens e de informações que contrariam os sistemas de referências dos sujeitos em interações comunicativas. Desse modo, “[...] diversas mensagens de ordem administrativa e mesmo institucional muitas vezes são ignoradas e desprezadas exatamente por isso”. (KUNSCH, 2003, p. 76)

A partir desta chave de leitura que enfoca o componente relacional e fatores mediadores dos atos comunicativos, da análise das interações entre profissionais de saúde – usuários/visitantes no contexto hospitalar durante o desenvolvimento dos “grupos informativos”, depreende-se a ocorrência de barreiras/rúidos comunicacionais das seguintes ordens: mecânica/física, semântica, pessoal, excesso e sobrecarga de informações, conforme ilustra a Figura 1.

Figura 1 - Barreiras comunicacionais presentes em atividades comunicacionais dos Grupos Informativos de Sala de Espera, direcionadas a visitantes de pacientes do hospital



Fonte: registros em diários de campo.

Essas características dos “grupos informativos” apresentadas até aqui evidenciam a inscrição destas práticas em modelos comunicacionais que pressupõem o caráter linear e unidirecional do processo comunicativo, ignorando “[...] as mediações e negociações, nos diversos âmbitos e entre os diversos atores e fatores que formam a prática comunicativa”. (ARAÚJO, 2004, p. 166)

Assim, ainda que realizadas em situação de contato interpessoal e em contexto interativo, estas práticas comunicativas realizadas em salas de espera do hospital estudado não assumem pretensões relacionais dialógicas entre os sujeitos, na medida em que desconsideram o caráter polifônico e a existência de fatores mediadores de natureza pessoal, intersubjetiva, cultural, social, organizacional, material e simbólica nos processos comunicacionais. (ARAÚJO, 2004)

Considerações finais

O estudo aponta indícios de que as atividades comunicacionais, em sala de espera, desenvolvida no contexto hospitalar e dirigida a usuários-visitantes, os grupos informativos, se caracterizam pela vinculação a paradigmas comunicacionais assimétricos e mecanicistas que reforçam a univocidade, a objetivização, a especialização e a hierarquização de saberes enquanto características

organizacionais do hospital, bem como silenciam os princípios do Sistema Único de Saúde no tocante às ações de comunicação em saúde.

Estes grupos informativos constituem-se atividades comunicativas estruturadas com base em pressupostos cognitivo-instrumentais e estratégias diretivas, com lugares de fala/emissão reservados a profissionais de saúde e lugares de recepção/escuta atribuídos a usuários/visitantes, procedimentos ritualísticos bem marcados para potencializar a transmissão de conteúdos relativos à segurança do paciente e à prevenção de riscos no ambiente hospitalar.

Assim, depreende-se que as referidas ações comunicacionais desenvolvidas no contexto hospitalar estudado guardam fortes relações com os modelos hegemônicos de atenção à saúde, bem como se fundamentam em modelos de comunicação em saúde cujos pressupostos desconsideram o caráter complexo, relacional, polifônico, sociocultural e intersubjetivo das práticas comunicativas.

Referências

- AGUIAR, F.; MENDES, V. L. P. S. Acreditação hospitalar: a comunicação como ferramenta de viabilização de processos e segurança do paciente. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE QUALIDADE EM SERVIÇOS E SISTEMAS DE SAÚDE, 2011, São Paulo. *Anais...* São Paulo: FGV/EAESP, 2011. p. 169-175.
- AGUIAR, F. C.; MENDES, V. L. P. S. Comunicação organizacional e Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs) na gestão hospitalar. *Perspectivas em Ciência da Informação*, v. 21, n. 4, p. 138-155, out./dez. 2016.
- ANGROSINO, M. *Etnografia e observação participante*. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- ARAÚJO, I. S.; CARDOSO, J. M.; MURTINHO, R. A comunicação no Sistema Único de Saúde: cenários e tendências. In: CONGRESO LATINOAMERICANO DE INVESTIGACIÓN DE LA COMUNICACIÓN, 9., 2008. México, DF. *Anais...* México, DF, 2008. Disponível em: <<https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2017/03/A-Comunicac%CC%A7a%CC%83o-no-sistema-de-Sau%CC%81de-cena%CC%81rios-e-tende%CC%82ncias.pdf>>.
- ARAÚJO, I. S. Contextos, mediações e produção de sentidos: uma abordagem conceitual e metodológica em comunicação e saúde. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 3, p. 42-50, set. 2009.

ARAÚJO, I. S. Mercado simbólico: um modelo de comunicação para políticas públicas. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 8, n. 14, p. 165-177, set./fev. 2004.

ARAÚJO, M. M. T.; SILVA, M. J. P.; PUGGINA, A. C. G. A comunicação não-verbal enquanto fator iatrogênico. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 41, n. 3, p. 419-425, 2007.

ARAÚJO, M. M. T.; SILVA, M. J. P. A comunicação com o paciente em cuidados paliativos: valorizando a alegria e o otimismo. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 41, n. 4, p. 668-674, 2007.

AUGÉ, M. *Não lugares*. Lisboa: 90 Graus, 2005.

BARLEM, E. L. D. et al. Comunicação como instrumento de humanização do cuidado de enfermagem: experiências em unidade de terapia intensiva. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 10, n. 4, p. 1041-1049, 2008.

BERRIDGE, E. J.; MACKINTOSH, N. J.; FREETH, D. S. Supporting patient safety: examining communication within delivery suite teams through contrasting approaches to research observation. *Midwifery*. v. 26, p. 512-519, 2010. Doi: 10.1016/j.midw.2010.04.009

BESSA, S. A Comunicação Organizacional nos hospitais públicos em Portugal: uma necessidade ou um luxo? In: CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE CIÊNCIAS DA COMUNICAÇÃO, 6., 2009, Lisboa. *Anais...* Lisboa: Universidade Lusófona, 2009. p. 3954-3963.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Relatório de pesquisa: gestão da comunicação aplicada à vigilância em saúde: a percepção dos gestores*. Brasília, 2008.

BRAVO, E. R. et al. A comunicação como fator de risco no pré-operatório: aproximações para o cuidado de enfermagem. *Revista Online de Pesquisa: Cuidado é Fundamental*. Rio de Janeiro, v. 2, p. 142-144, out./dez. 2010. Número Suplementar dos 120 anos da EEAP/UNIRIO.

BIRDWHISTELL, R. L. *Kinesics and context: essays on body motion communication*. 4. ed. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1985.

BRETAS, P. F. F.; FERREIRA, U. F.; FURTADO, R. A. Gestão em saúde: um estudo sobre comunicação e participação popular no contexto de uma organização pública.

Cadernos Gestão Pública e Cidadania, v. 18, n. 63, p. 249-268, 2013. Disponível em: <<http://www.spell.org.br/documentos/ver/19915/gestao-em-saude--um-estudo-sobre-comunicacao-e-participacao-popular-no-contexto-de-uma-organizacao-publica/i/pt-br>>. Acesso em: 20 mar. 2018.

CARDOSO, J. M. Comunicação, saúde e cidadania: desafios colocados pela implantação do Sistema Único de Saúde. In: COMSAÚDE – COMUNICAÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE, 3., 2000. Adamantina. *Anais...* Adamantina: [S.n.], 2000.

CASSIOLATO, J. E.; LASTRES, H. M. M. Sistemas de inovação e desenvolvimento: as implicações de política. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 34-45, jan./mar. 2005. Disponível em: <10.1590/S0102-88392005000100003>. Acesso em: 26 fev. 2018.

CORIOLO-MARINUS, M. W. L et al. Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 1356-1369, dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000401356&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 jul. 2018.

COSTA, E. A.; RANGEL-S. (Org.). *Comunicação em vigilância sanitária*. Salvador: EdUFBA, 2007.

CRUZ, J. A. S.; BERMEJO, L. J.; CUNHA, A. K. Comunicação e mídia: uma questão social no serviço da saúde. *Temas em Educação e Saúde*, Araraquara, v. 13, n. 1, p. 124-146, jan./jun. 2017.

DIAS, M. A. S.; VIEIRA, N. F. C. A comunicação como instrumento na promoção de saúde na clínica dialítica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 61, n. 1, p. 71-77, 2008.

FERREIRA et al. Estudo das relações comunicativas no processo de gestão de uma instituição de saúde. *Revista CEFAC*, v. 15, n. 6, p. 1560-1569, nov./dez. 2013.

FLORES F. *Inventando la empresa del siglo XXI*. 5. ed. Santiago: Hachette, 1989.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 2008.

GIDDENS, A. Organizações modernas. In: GIDDENS, A. *Sociologia*. São Paulo: Artmed, 2005. p. 283-304.

GOMES, R. A. L. *A comunicação como direito humano: um conceito em construção*. Recife, 2007. Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/direitos/textos/midia/gomes_comunicacao_como_dh.pdf>. Acesso em: fev. 2017.

GULLO, A. B. M.; LIMA, A. F. C.; SILVA, M. J. P. Reflexões sobre comunicações na assistência de enfermagem ao paciente renal crônico. *Revistada Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 209-212, jun. 2000.

HABERMAS, J. *Teoria de la acción comunicativa*. Madrid: Taurus; 1987.

KILNER, E.; SHEPPARD, L. A. The role of teamwork and communication in the emergency department: a systematic review. *International Emergency Nursing*, v. 18, n. 3, p. 127-37, July, 2010. Doi: 10.1016/j.ienj.2009.05.006.

KUNSCH, M. M. K. *Planejamento de relações públicas na comunicação integrada*. São Paulo: Summus, 2003.

LOFÊGO, J.; PINHEIRO, R. Itinerários do direito à comunicação como direito humano à saúde: reflexões teóricas-metodológicas para (re)pensar as práticas da comunicação na efetivação da integralidade do cuidado em sistemas universais de saúde. In: CONGRESO LATINOAMERICANO DE INVESTIGADORES DE LA COMUNICACIÓN, 12., 2014. Lima. *Anais...* Lima: ALAIC, 2014. Disponível em: <<http://congreso.pucp.edu.pe/alaic2014/wp-content/uploads/2013/09/Juliana-Lofego.pdf>>. Acesso em: fev. 2018.

LUCENA, A. F.; GOES, M. G. O. O processo de comunicação no cuidado do paciente submetido ao eco-stress: algumas reflexões. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 20, p. 37-48, 1999. Número especial.

MAINGUENEAU, D. *Novas tendências em análise do discurso*. Campinas, SP: Pontes, 1993.

MARTINS, W. J.; ARTMANN, E.; RIVERA, F. J. U. Gestão comunicativa para redes cooperativas de ciência, tecnologia e inovação em saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 46, p. 51-58, dez. 2012. Suplemento 1. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000700008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 fev. 2018.

MATUS, C. Carlos Matus e o planejamento estratégico-situacional. In: RIVERA, F. J. U. (Org). *Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico*. São Paulo: Cortez: Abrasco, 1989.

MORAIS, G. S. da N. et al. Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 323-327, jun. 2009.

NASSAR, M. R. F. Comunicação: políticas e estratégias para área da saúde. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DA COMUNICAÇÃO, 27., 2004, Porto Alegre. *Anais...* São Paulo: Intercom, 2004. 1 CD-ROM.

NASSAR, M. R. F. O papel da comunicação nas organizações de saúde: oportunidades e desafios. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DA COMUNICAÇÃO, 29., 2006. Brasília. *Anais...* Brasília: UnB, 2006.

ORIÁ, M. O. B.; MORAES, L. M. P.; VICTOR, J. F. A comunicação como instrumento do enfermeiro para o cuidado emocional com o cliente hospitalizado. *Revista Eletrônica Enfermagem*, v. 11, n. 6, p. 292-295, 2004.

PAEGLE, S. O.; SILVA, M. J. P. Análise da comunicação não-verbal de pessoas portadoras de ostomia por câncer de intestino em grupo focal. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 13, n. 1, p. 46-51, 2005.

PAIM, J. S. *Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador: EdUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PERICARDIS, A. A. M. Comunicação iatrogênica na cancerologia. *Revista da Sociedade Brasileira de Cancerologia*, v. 8, n. 2, p. 11-13, 1999.

PINHEIRO, R.; LOFÊGO, J. Direito à comunicação como manifestação do direito humano à saúde: participação diálogo e cidadania na construção das políticas públicas. *RECIIS – Revista Eletrônica de Comunicação, Informação, Inovação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 4, dez. 2012.

RAMOS, A. P.; BORTAGARAI, F. M. A comunicação não-verbal na área da saúde. *Revista CEFAC*, v. 14, n. 1, p. 164-170, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-18462011005000067>>.

RANGEL-S, M. L. Notas para uma etnografia da comunicação em serviços de saúde. In: SOARES, C. C. (Org.). *Cultura, tecnologias em saúde e medicina: perspectiva Antropológica*. Salvador: EdUFBA, 2008.

RANGEL-S, M. L.; GUIMARÃES, J. M.; BELENS, A. Comunicação e saúde: objetos e metodologias inovadoras em artigos científicos na Biblioteca Virtual em

Saúde (BVS). In: RANGEL-S, M. L.; GUIMARÃES, J. M.; BELENS, A. (Org.). *Saberes em saúde, ciência e comunicação*. Salvador: EdUFBA, 2014., p. 111-131.

RIBEIRO, C. B.; CRUZ, A. P. C. N.; MARÍNGOLO, A. C. P. Comunicação em Saúde: conceitos e estratégias, rumo à efetivação de direitos sociais. In: SIMPÓSIO MINEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, 3., 2013. Disponível em: <http://www.cress-mg.org.br/arquivos/simposio/COMUNICA%C3%87%C3%83O%20EM%20SA%C3%9ADE_CONCEITOS%20E%20ESTRAT%C3%89GIAS,%20RUMO%20%C3%80%20EFETIVA%C3%87%C3%83O%20DE%20DIREITOS%20SOCIAIS.pdf>. Acesso em: fev. 2018.

RIVERA, F. J. A gestão situacional (em saúde) e a organização comunicante. *Caderno de Saúde Pública*, v. 12, n. 3, p. 357-372, 1996.

RIVERA, F. J. U. *Análise estratégica em saúde e gestão pela escuta*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

SILVA, A. E. B. C. et al. Problemas na comunicação: uma possível causa de erros de medicação. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 3, n. 20, p. 272-276, 2007.

STEFANELLI, M.C. *Comunicação com o paciente: teoria e ensino*. São Paulo: Robe, 1993.

TAVARES, F. M. Reflexões acerca da iatrogenia e educação médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, DF, v. 31, n. 2, p. 419-425, 2007.

TEIXEIRA, J. A. C. Comunicação e cuidados de saúde. Desafios para a psicologia da saúde. *Análise Psicológica*, v. 14, n. 1, p. 135-139, 1996.

TEIXEIRA, C. F.; VILASBÔAS, A. L. Q. Modelos de atenção à saúde no SUS: transformação, mudança ou conservação? In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (Org.). *Saúde coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. p. 287-301.

VASCONCELLOS-SILVA, P. R.; RIVERA, F. J. U.; CASTIEL, L. D. Comunicação instrumental, diretiva e afetiva em impressos hospitalares. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1667-1679, nov./dez. 2003.

VASCONCELLOS-SILVA, P. R.; RIVERA, F. J.; ROZEMBERG, B. Próteses de comunicação e alinhamento comportamental sobre impressos hospitalares. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 531-542, ago. 2003.

VIANNA, H. M. *Pesquisa em educação: a observação*. Brasília: Plano Editora, 2003.

Comunicação nos cuidados de saúde: profissionais de saúde e mulheres vítimas de violência doméstica em Portugal

Salette Calvino

Contextualizando o fenómeno da violência doméstica

A violência doméstica é um problema social complexo que se reveste de uma importante dimensão cultural. Este aspeto contribui para que persista e se mantenham comportamentos de recurso à violência nas relações afetivas e de intimidade. Além deste, outros diversos fatores interagem de forma complexa, como o modelo ecológico adotado pela World Health Organization (2002) demonstra. Esta interação multifatorial molda crenças, hábitos, comportamentos que são aprendidos e apreendidos desde as fases mais precoces da vida. São transmitidos como formas normais e naturais de viver as relações interpessoais e reproduzem e perpetuando normas limitantes, desigualdades e papéis normalizados e hierarquizados nas relações afetivas. (ALARCÃO, 2000; SILVA, 1995)

As concepções tradicionais do masculino e do feminino e a construção social dos géneros são perpetuadas por comportamentos ancorados nos papéis atribuídos a homens e a mulheres com base na diferenciação sexual biológica. São comportamentos que se enraizaram e continuam a alimentar as crenças culturais e religiosas, enformam as normas sociais, influenciam as políticas, o trabalho, as vivências relacionais, a organização familiar etc. As sociedades estão embebidas nesta diferenciação como se fosse natural. Mas, paradoxalmente,

é uma distinção socialmente construída e com papéis associados que moldam os comportamentos, as expectativas, o desenvolvimento de capacidades e de competências. Assim, organizam e influenciam as relações entre os sexos nas comunidades e nas famílias. Nos grupos familiares os fatores biológicos, psicológicos e os trajetos de vida familiares e individuais em interação com os fatores socioculturais podem fazer com que se estabeleçam relações afetivas gratificantes, respeitadas e saudáveis ou se perpetue o recurso à violência no âmbito de relações afetivas desiguais e hierarquizadas. (HÉRITIER, 1996; SILVA, 1995)

A violência doméstica ocorre nos núcleos familiares e entre pessoas com relações afetivas prejudicando a saúde global das vítimas e com forte impacto negativo em todos os elementos. Os prejuízos na saúde individual dos elementos de um núcleo familiar e neles como um todo podem ser consideráveis e perdurar por muito tempo. Os comportamentos violentos nas interações relacionais afetivas têm risco de ser reproduzidas por gerações. Os danos no desenvolvimento integral e harmonioso das crianças são um risco capaz de hipotecar um futuro gratificante, podendo vir a tornar-se vítimas ou perpetradores de violência, numa sucessão geracional de abusos e de maus-tratos, de tristeza, doença e infelicidade. (CALVINHO, 2007; RAMOS, 2004)

Toda a sociedade, no presente e no futuro, é atingida pelo prejuízo no capital humano causado pela perda de potencial de saúde dos seus elementos. O empobrecimento no suporte afetivo e nos contextos relacionais gratificantes podem influenciar as alterações em saúde, sobretudo da saúde mental, e podem comprometer de forma negativa a participação familiar e social. O impacto das violências nas relações afetivas é perverso e gera nas vítimas diversas dificuldades nas várias dimensões da vida. O prejuízo na saúde global das vítimas conduz a outras dificuldades e limitações no cotidiano e na vida, como sejam o desempenho laboral, a manutenção de uma atividade laboral remunerada, assegurar as tarefas e papéis inerentes aos filhos, as relações sociais, de amizade ou vizinhança e com a família alargada. (CALVINHO, 2007)

A saúde é um recurso para a vida diária e influencia a qualidade de vida das pessoas. A responsabilidade por esse recurso pretende-se compartilhada por todas as estruturas sociais, políticas, económicas e ambientais. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1986; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1984, 1994) Há várias décadas que a OMS utiliza o lema de que a vida deve ser acrescentada aos anos, remetendo para o objetivo de melhorar a saúde e prevenir desequilíbrios causados por fatores evitáveis. Nesse sentido, recomenda que

a intervenção em saúde favoreça as capacidades individuais e grupais para a satisfação das necessidades em saúde considerando a pessoa em interação com o meio e orientando a utilização dos recursos individuais, comunitários e sociais. (CALVINHO, 2007, 2013; RAMOS, 2004, 2007, 2012)

Pelo potencial destrutivo das violências sobre a saúde das pessoas, mais expressivamente mulheres e crianças, em todo o mundo, a violência doméstica está classificada como um grave problema de saúde pública. Constitui uma prioridade no âmbito da intervenção em saúde, particularmente da saúde pública, pois trata-se de um problema que, apesar de multideterminado e complexo, pode ser combatido e prevenido. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996, 2001)

Como evidenciado no modelo ecológico da violência da World Health Organization (2002), o fenómeno das violências nas relações interpessoais tem diversos domínios – social, comunitário, relacional e individual – nos quais se conjugam vários fatores predisponentes ou causais. Assim, a problemática requer uma abordagem com intervenção multidisciplinar e trabalho interdisciplinar com a participação dos vários setores sociais que contactam vítimas ou potenciais vítimas de violências no âmbito das relações afetivas, em qualquer fase do ciclo vital.

Breve enquadramento legal e estado da arte no combate à violência doméstica em Portugal

Em Portugal, a violência doméstica está classificada em Lei como um crime público desde o ano 2000. É regulada pelo artigo 152º do Código Penal Português, conforme a Lei n.º 59/2007. O conceito de violência doméstica enquadra as diversas violências e seus perpetradores nas relações afetivas, em coabitação ou não. Abrange a diversidade de vínculos afetivos como por exemplo parentais, filiais, conjugais ou análogos, no namoro e entre pessoas com diversas orientações sexuais. Em agosto de 2014, entrou em vigor a Convenção do Conselho da Europa para a Prevenção e o Combate à Violência contra as Mulheres e a Violência Doméstica, ratificada por Portugal. Desde os anos 90 do século XX até à atualidade, sucessivos planos nacionais têm sido desenvolvidos e operacionalizados com vista ao combate da violência doméstica e de género. Estas violências configuram-se como violação dos direitos humanos fundamentais e

degradam a saúde. Estas preocupações, no âmbito nacional e internacional, impulsionaram o desenvolvimento de diversos estudos de investigação que têm contribuído para fazer frente a este flagelo social. Com base na evidência científica a aproximação da intervenção junto às vítimas e agressores/as vai-se configurando mais realística e adequada às suas necessidades.

O aprofundamento do conhecimento, nas diversas dimensões que têm sido alvo de investigação – como ao nível da psicologia, da enfermagem, da medicina, da economia, da sociologia, etc. – tem permitido o conhecimento e compreensão das necessidades individuais, familiares e sociais das vítimas – segurança, jurídica, trabalho, apoio social e necessidades e impacto na saúde. Há evidência sobre as vivências pessoais e familiares das vítimas e a sua experiência na utilização dos recursos sociais no processo de resolução da situação de violência. Têm sido identificadas dificuldades comunicacionais dos profissionais de saúde que intervêm junto das vítimas porque não as compreendem e nem se sentem capazes de lidar com as suas reações. Na prestação de cuidados de saúde há dificuldades de comunicação recíprocas que não permitem o encontro capaz de identificar a situação e encaminhar e apoiar as vítimas. (CALVINHO, 2007, 2013; CALVINHO; RAMOS, 2016b)

Violência e saúde: os cuidados de saúde e os profissionais; os estados de saúde e as vítimas

A violência é um fenómeno no qual o setor da saúde deve intervir. Dos responsáveis pelas decisões políticas em saúde até aos gestores das instituições prestadoras de cuidados de saúde e os profissionais que contactam com utentes devem contribuir para a combater e prevenir. Os problemas de saúde que as violências nas relações afetivas causam são numerosos e frequentes. É um fenómeno muito preocupante, mas que pode ser prevenido, apesar da enorme complexidade que o caracteriza. A abordagem multidisciplinar é imperativa para a obtenção de efeitos positivos e diminuição da sua ocorrência. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002)

A saúde pública e os cuidados de saúde na comunidade têm responsabilidades ao nível da saúde das comunidades, das populações, das famílias e dos indivíduos. No âmbito da ação fundamental está a promoção e a manutenção da saúde das populações e dos indivíduos. Ramos (2004, 2007) salienta que a

interação existente entre o corpo, a mente e a cultura determina a diversidade de expressões possíveis ao nível das dimensões biofísica, psicológica e social. É a partir dessa interação que o conceito de doença se evidencia como individual. Cada pessoa vive e experiencia a situação de doença de forma única, na sua subjetividade psicológica, cultural e social. Este estado, pode ser ou não ser expresso por um diagnóstico médico de uma entidade patológica particular.

As instituições de saúde têm responsabilidade na saúde das comunidades e estão acessíveis à população. Por isso, os/as profissionais de saúde estão na primeira linha de contato com potenciais vítimas, devendo conhecer este fenómeno e considerá-lo nas práticas clínicas pois é um risco para a saúde e pode por ter consequências diversas e nefastas na saúde das vítimas. (CALVINHO, 2007)

As vítimas de violência doméstica enumeram vários problemas de saúde. As consequências na saúde são devastadoras, empobrecem a saúde global da pessoa e encurtam os anos de vida. Está evidenciada uma relação causal entre o número de episódios de agressão e a sua intensidade com mais problemas de saúde nas vítimas. Os efeitos nefastos da violência sobre a saúde prolongam-se por muito tempo, permanecendo além da ruptura da relação violenta. Foram identificados em vítimas de violência doméstica, danos nos telômeros das células, irreversíveis, idênticos aos provocados pelo envelhecimento biológico e que poderão decorrer do stress oxidativo celular provocado pelas agressões. Estas alterações celulares requerem ainda estudos adicionais, mas poderão explicar a cronicidade das alterações na saúde e a morbilidade associada às relações afetivas violentas. Evidenciam que os organismos, o meio e seus contextos podem influenciar a saúde, remetendo para a importância da abordagem holística em saúde. (CALVINHO, 2007, 2013; HEISE, 1994; HUMPHREYS; LEE, 2009; HUMPHREYS et al., 2011; PORTUGAL, 2005; WIJMA et al., 2007)

Nas relações afetivas violentas, a intensidade, a gravidade e a frequência das agressões tendem a evoluir em contínuo crescente. Assim, determinam sucessivos recursos e cada vez com mais frequência aos cuidados de saúde, por situações agudas e crónicas. (CALVINHO, 2007; MATOS, 2002; SILVA; ALVES, 2002) A recorrência aos cuidados de saúde, para consultas e tratamentos mais ou menos prolongados, é a realidade de muitas vítimas. Tem associados gastos financeiros para as próprias vítimas e para o Sistema Nacional de Saúde como evidenciou o estudo realizado em Portugal por Barros e colaboradores (2008).

A comunicação em saúde: a chave que se impõe no acesso ao mundo individual das vítimas de violência doméstica

No contexto da prestação dos cuidados de saúde interagem diversos atores numa encruzilhada de pessoas, momentos, situações, necessidades e expectativas. Os e as profissionais das várias áreas da saúde, legalmente reconhecidas e reguladas, têm um corpo de conhecimento científico, especialidades e campos de intervenção próprios e complementares. Nesta complementaridade têm como alvo comum as pessoas junto às quais são responsáveis por proporcionar os cuidados de saúde precisam, desde promoção da saúde à prevenção das doenças e ao tratamento. Os/as utentes são pessoas leigas na área da saúde e acedem aos serviços com expectativas e necessidades diversas. Transportam sentimentos, emoções, experiências, saberes e têm um contexto ecológico e cultural que lhes dá sentido de pertença e proporciona suporte. O contato entre profissional e utente inicia o estabelecimento da relação comunicacional entre essa diáde. Esta, é influenciada pelo contexto em que ocorre, condições e capacidades profissionais e também pela organização dos serviços de saúde. Caracteriza-se pelo confronto dos saberes especializados e com o conhecimento comum e a vulnerabilidade causada pela situação de saúde. Os primeiros são transmitidos em linguagem técnica e expressos nos comportamentos profissionais e técnicos. Tem objetivos concretos e tempos para uma decisão mais ou menos rápida. Esta forma comunicacional e relacional é, para o/a utente, distantes dos saberes comuns e sentimentos e emoções que consigo transporta. Estes saberes comuns são traduzidos por um linguajar verbal e gestual próprio, carregado de significado cultural e afetivo que muitas vezes se diluí no confronto com o léxico da especialização técnico-científica mais duro e menos afetivo. Deste modo, dificulta-se a compreensão e provoca-se insegurança, podendo levar a mais sofrimento. A comunicação dos profissionais interfere negativamente na relação profissionais-utentes, gerando insatisfação com as instituições prestadoras de cuidados de saúde, enfraquecendo as relações que devem ser estabelecidas com objetivo terapêutico e protetor da saúde. A relação de empatia e geradora de confiança é necessária para a intervenção eficaz no âmbito a saúde. A sua carência compromete a autorresponsabilização e o empoderamento dos indivíduos. Representa risco de prejudicar a adesão aos cuidados prescritos, às indicações e

ao aconselhamento no âmbito da saúde. A comunicação dos profissionais é um aspeto frequentemente considerado negativo e causadora de insatisfação pelos/as utentes. (CALVINHO, 2007; CALVINHO; RAMOS, 2014; OGDEN, 2000; RAMOS, 2004, 2012; TEIXEIRA, 2004; RAMOS, 2007, 2012 apud CALVINHO, 2013)

As vítimas de violência doméstica são agredidas por pessoas com as quais têm laços afetivos, que escolheram para parceiros/as de vida e com os/as quais tiveram e têm expectativas de construir uma relação afetiva gratificante e uma família feliz. Goradas estas expectativas pelas agressões repetidas e muitas vezes em combinação de vários tipos de violência – sexual, física, psicológica, económica – os sentimentos de humilhação, vergonha e culpa que as vítimas experimentam são intensos e interagem com o medo de revelarem a situação aos e às profissionais que as atendem, sobretudo, por temerem que o agressor saiba, mas também por processos psicológicos de confronto com a situação. Assim, com medo, culpa e desconfiança, ainda assim com esperança de que a situação se resolva, negam e escondem causas de alterações de saúde e das lesões quando contactam com profissionais de saúde. Adicionalmente a estas dificuldades, existem fatores extrínsecos às vítimas de violência que lhes reforçam as dificuldades para se libertarem do medo e exporem as agressões que sofrem, quando recorrem aos cuidados de saúde, comunitários e hospitalares. Um fator dificultador centra-se na dificuldade dos/as profissionais reconhecerem pedidos de ajuda não explícitos e expressos numa linguagem coloquial e própria do contexto sociocultural da vítima. Como exemplo, apresenta-se a situação relatada por uma vítima de violência conjugal, passada numa consulta com o/a médico/a de família e na qual se queixou das agressões com a expressão: “doí-me o coração”. A expressão para se referir à dimensão afetiva da sua vida conjugal, causadora de sofrimento, não foi reconhecida como tal pelo/a profissional que lhe respondeu tecnicamente: “o coração não dói”. Neste desencontro comunicacional e relacional, em que o sentir expresso nas palavras de conceitos comuns foi negado pela linguagem técnica e conhecimento científico. Foi perdida uma oportunidade para identificar uma situação de violência que gerava repercussões graves na saúde desta vítima, e que, entretanto, evoluiu para níveis mais graves, em situações crónicas e agudas. Assim, se retardou a necessária intervenção conducente à ruptura da relação e à identificação da etiologia do sofrimento e resolução dos problemas de saúde. A intervenção em saúde nesta situação não foi capaz de travar as consequências das agressões na saúde e poupar potencial de saúde a esta

pessoa. Outra dificuldade das vítimas na interação com profissionais no âmbito da prestação de cuidados de saúde está relacionada com o desconhecimento dos profissionais sobre o fenómeno da violência e da resposta psicoemocional das vítimas que as faz ter comportamentos não compreendidos pelos profissionais. Esse desconhecimento faz com que os e as profissionais adotem comportamentos baseados em preconceitos e sustentados por estereótipos que provocam nas vítimas ainda mais vergonha, impotência e auto culpabilização, fazendo com que as vítimas não reconheçam os/as profissionais um recurso facilitador para resolverem a sua situação. Há nas vítimas dessas violências fases em que não divulgam a verdade das circunstâncias em que ocorreram lesões físicas ou das causas que subjazem às alterações emocionais que determinam o recurso aos cuidados de saúde. Mas, esta necessidade de ocultação devida aos processos psicológicos complexos que as vítimas experimentam no processo de confronto/adaptação à situação, acaba por dar lugar à necessidade da revelação e pedido de ajuda sobretudo nas situações de maior gravidade para a saúde e nas quais a vítima percebe que esgotou as possibilidades pessoais, e muitas vezes familiares, para resolver a situação. (CALVINHO, 2007, 2013; CURNOW, 1997) Entre estes dois polos em que a vítima se vai movimentando, com retrocessos e avanços no sentido de revelar as agressões e pedir ajuda, o comportamento dos profissionais de saúde é frequentemente pouco adequado às reais necessidades das vítimas. Ou por não indagarem as circunstâncias de relatos pouco coerentes com o seu estado, aspeto e localização das lesões e tipo de queixas; ou porque desvaloriza as expressões não verbais e deixa por explorar as recusas, as negações e outros sinais verbais e não-verbais; ou ainda por não expressarem o interesse genuíno pela pessoa nas suas circunstâncias e necessidades, e não conduzir a relação para gerar a confiança e o acolhimento proporcionador da revelação. Assim, é devolvida à vítima a responsabilidade para resolver a situação, reforçando ainda mais os sentimentos de culpa, de impotência e isolamento que as vítimas de violência experimentam e que podem agravar os prejuízos na saúde. Como exemplo, são de referir os relatos de mulheres vítimas de violência conjugal que expressaram experiências dificultadoras da revelação da sua situação junto de profissionais de saúde. Uma dessas mulheres recorria frequentemente aos serviços de saúde por lesões físicas que o marido lhe infligia. Sofreu 14 fraturas ósseas em consequência das agressões. Quando inquirida nas admissões no serviço de saúde onde era tratada nunca encobriu a relação conjugal violenta. Porém, só no 14^a episódio de fratura óssea, foi valorizada a revelação e dada

continuidade à intervenção multidisciplinar. A sensibilização para o problema da violência doméstica mostrado pela médica que a atendeu, que perguntou, ouviu, e valorizou a necessidade de intervir encaminhando-a para serviços específicos em violência através do hospital. Outra mulher, que numa fase escondia e mascarava as circunstâncias das lesões, começou a revelá-las ou a confirmar quando questionada, tanto nos cuidados de saúde na comunidade como nos hospitalares. Contudo, não lhe era dispensada informação nem encaminhamento. Em situações de tratamento hospitalar, tinha alta e voltava para casa, onde tinha duas filhas menores, mas também o agressor. Regressava a casa com a indicação de ir ao serviço de medicina legal sem nenhuma outra referência ou medidas de proteção e suporte. As fases que caracterizam o ciclo de violência correspondem a diversos comportamentos tanto da vítima como do agressor. O comportamento do agressor na última fase, depois da agressão cometida, caracteriza-se pelo pedido de desculpa, manifestam arrependimento e afirmam o seu afeto, prometendo que não voltará a agredi-la. Este comportamento faz com que as vítimas reativem a esperança de uma mudança relacional positiva e adiem a rutura da relação que se mantem no trajeto que vai culminar em agressão, retroalimentando o ciclo infernal da violência. Nestas circunstâncias, esta mulher fez uma tentativa de suicídio sendo internada em estado grave. Foi, finalmente, encaminhada para serviços específicos em violência através do hospital. No momento da alta hospitalar foi encaminhada para uma casa abrigo, iniciando-se o processo de denúncia e o apoio psicológico, social e jurídico. (CALVINHO, 2007) Quando a vítima está em crise torna-se mais recetiva à intervenção exterior que lhe é proposta. Curnow (1997) identificou esta reação em vítimas e nomeou-a “a fase da janela aberta” por ser a altura ideal para a mulher aceitar ajuda externa e para os e as profissionais intervirem com mais possibilidade de aceitação. Neste momento, muitas vezes vivido em serviços de saúde, os e as profissionais de enfermagem e medicina podem ser os elementos essenciais para informar e influenciar a decisão promotora da proteção e manutenção da saúde. As competências de comunicação em saúde podem promover o início do processo de libertação da relação violenta, através da tomada de decisão para a mobilização dos recursos no âmbito da intervenção em situações de violência e a referenciação a outros/as profissionais que atuam nestas situações. Ao acionarem a intervenção multidisciplinar e intersetorial específica contribuem para o bem estar biopsicossocial e espiritual das vítimas, favorecem a eficácia dos tratamentos e promovem a recuperação de alterações em saúde

através de um plano de apoio e acompanhamento com vista ao re equilíbrio da saúde individual das vítimas considerando também o impacto no núcleo familiar nomeadamente nos/as filhos/as. Respondem ainda à luz do comportamento cívico e ético-legal e cooperam no combate à violências nas relações afetivas de intimidade. (CALVINHO, 2013; CALVINHO; RAMOS, 2016a)

Interações comunicacionais humanas: solos versus orquestras

A interação comunicacional é uma orquestra, utilizando a classificação metafórica que o Colégio Invisível de Palo Alto, EUA, atribuiu à comunicação sistémica. Os vários participantes formam um sistema relacional em que as mensagens fluem continuamente em códigos – nas palavras proferidas no diálogo, nas expressões, nos gestos, nas posturas, nos silêncios e nos espaços interpessoais – em sentido bidirecional. As mensagens são irreversíveis e o seu significado decorre do contexto da interação entre elementos. Nas sociedades e comunidades existem culturas e subculturas que têm códigos com significados para os elementos inseridos nesse contexto e que servem para orientar e organizar o comportamento pessoal e interpessoal e modulam a comunicação. A comunicação integra a forma verbal e não-verbal como um todo, com utilizações voluntárias e não voluntárias dos signos que compõem mensagens, num processo de interação permanente. Foi esta perspectiva diferente da comunicação humana que a Escola de Palo Alto introduziu e definiu como um processo social que tem por objetivo dar a conhecer algo que se pretende “pôr em comum” através de mensagens verbais e não-verbais, no âmbito de uma relação que se estabelece num contexto interacional único. (WINKIN, 1981 apud CALVINHO, 2007)

A metáfora da orquestra utilizada para elucidar este modelo comunicacional, evidencia que as interações comunicacionais são criadas pelo comportamento de todos os elementos em interação e influenciadas por diversos fatores. As interações humanas ocorrem no seio de uma cultura própria, com códigos e significados que orientam e organizam o comportamento pessoal e interpessoal. Tais códigos são constituídos por palavras, por gestos, expressões, ritmos e tons, espaço interpessoal, integrados na comunicação verbal e não-verbal como um todo em que o recurso e utilização dessas componentes da comunicação podem ser utilizações conscientes e voluntárias, mas também não voluntárias ou

de forma não percebida, num processo social de interação permanente. (WINKIN, 1981)

Watzlawick, Beavin e Jackson (1993), da escola de Palo Alto, salientaram que a comunicação humana é a interação permitida pelo comportamento em relação, numa sucessiva cadeia de influências recíprocas e através dos códigos digitais e analógicos. Ensinarão que como o comportamento não tem oposto, é impossível não comunicar. O que habitualmente é comumente designado como não comunicação, é na verdade uma distorção da comunicação, ou seja, a propriedade funcional da comunicação para “pôr em comum” não foi conseguida. Estes autores deram um contributo fundamental para a compreensão da comunicação humana e conhecimento sobre a pragmática da comunicação. A capacidade de comunicar funcionalmente é a chave para o entendimento humano interpessoal, na partilha de conhecimentos, de ideias e estados, gestão de diferenças, decisões e resolução pacífica dos conflitos. A pragmática da comunicação humana compõe-se por axiomas desenvolvidos e sistematizados por estes investigadores e que são os seguintes:

- 1º Axioma – Não se pode não comunicar;
- 2º Axioma – Toda a comunicação tem um aspeto de conteúdo e um aspeto de comunicação tais que o segundo classifica o primeiro e é, portanto uma metacomunicação;
- 3º Axioma – A natureza de uma relação está na contingência da pontuação das sequências comunicacionais entre comunicantes;
- 4º Axioma – Os seres humanos comunicam digital e analogicamente;
- 5º Axioma – Todas as permutas comunicacionais ou são simétricas ou complementares, segundo se baseiam na igualdade ou na diferença. (WATZLAWICK; BEAVIN; JACKSON, 1993)

Estes axiomas da comunicação sistémica envolvem características e princípios que têm que se considerar para a sua compreensão e que Ramos (2004) sistematizou a partir de um outro investigador da Escola de Palo Alto – Bateson (1981, 1985) – que apresento da seguinte forma:

- Qualquer comportamento social é comunicação;
- A relação que se cria entre os elementos em comunicação constitui a base do processo comunicacional que se caracteriza por ser dinâmico e interativo;

- As mensagens são compostas por palavras, entoações de voz, ritmos, silêncios, olhares, gestos, expressões faciais, posturas corporais, distância espacial interpessoal numa integração global que produz e expressa a mensagem;
- Todas as mensagens que são emitidas numa interação comunicacional, qualquer que seja o tipo de relação, têm dois níveis de significação. Um que expressa o conteúdo do que é comunicado e outro que revela a relação que existe entre os elementos em interação;
- A comunicação é estabelecida e influenciada pelo contexto em que ocorre. Assim, nas mensagens estão envolvidas as circunstâncias e as situações que determinaram a interação, no âmbito do tipo de relação interpessoal existente e com a influência o espaço em que a mesma se estabelece.

Nessa perspectiva, a comunicação é um processo complexo, interativo e bidirecional que influencia o comportamento e que acontece em qualquer lugar, ou momento, imbuído pelo contexto sociocultural e condições físicas e ambientais.

Cuidar em saúde requer um encontro com a pessoa-utente no sentido de a ajudar a gerir o seu projecto de saúde, acompanhando-a. Para isso, é necessária uma relação profissional-utente que considere a intersubjectividade e a outra pessoa, seja geradora de confiança e permita reconhecimento da capacidade para a ajudar. Para conseguir este nível de relacionamento terapêutico, são requeridas competências ao nível técnico-científico mas também qualidades humanas, a utilizar de forma ajustada a cada situação. Transmitir o interesse genuíno pela pessoa, não a reduzir a um objecto de cuidado com uma determinada patologia ou lesão, mas demonstrando interesse caloroso por ela e determinação em considerar tudo o que está para além do mais visível no corpo. Além do corpo, pode estar a fonte da sua maior preocupação e encerrado o motivo real e causal do estado de desequilíbrio manifestado pelo corpo. Este tipo de relação, requer dos profissionais tempo, paciência e capacidades comunicacionais que permitam fazer emergir os saberes e as capacidades da pessoa, para serem capazes de a ajudar a seleccionar o caminho mais adequado à resolução do seu problema de saúde, aconselhando-a. Aconselhar em saúde para Lhotellier (apud HESBEEEN, 2001, p. 29-30), é “criar um tipo de relação que permita ao utente, à pessoa que temos frente a nós, ganhar suficiente confiança nela mesma para conseguir tomar decisões positivas”. Desta forma, a situação geradora de sofrimento pode servir para recriar a vida no sentido de lhe restituir sentido, alterar

escolhas e comportamentos para favorecer o estado de saúde próprio e dos seus familiares. (HESBEEN, 2001)

Através da comunicação funcional em saúde também a saúde coletiva pode ser aumentada, bem como a adequada utilização dos recursos em saúde. A comunicação no âmbito da saúde deve por isso ser credível, de fácil compreensão para as pessoas, ajustada às suas necessidades e fácil de utilizar e integrar. As instituições de saúde devem ter cuidados particulares ao nível das estratégias e canais de comunicação em saúde, no sentido de favorecerem as populações, as relações humanas e o desempenho profissional. Assim, contribuem para a literacia em saúde através da divulgação de informações preciosas para manter e promover a saúde junto das populações e proporcionam mais satisfação na utilização dos recursos em saúde. Ao nível interno, também favoreçam a comunicação interprofissional eficaz, o desempenho profissional e que proporcione satisfação profissional. (TEIXEIRA, 2004)

Os profissionais de saúde e as vítimas de violência doméstica em interação: algumas consonâncias e muitas dissonâncias na desejada harmonia

Nas profissões que têm na sua missão e responsabilidade social a prestação de cuidados de saúde, a dimensão comunicacional está sempre presente e é a base da interação entre profissional-utente. Assim, a comunicação em saúde pode influenciar a relação de forma positiva ou negativa e é um dos indicadores da qualidade dos cuidados e serviços de saúde. Estudos nacionais e internacionais salientam a dimensão comunicacional como um fator preponderante nas causas da insatisfação dos utentes no âmbito do atendimento nos serviços de saúde e na prestação dos cuidados de saúde. Outros, evidenciam as competências de comunicação em saúde como um recurso essencial na interação profissional-utente capaz de tornar a relação reciprocamente mais gratificante e favorecer a eficácia na abordagem das situações de saúde. É uma competência fundamental para profissionais de saúde visarem os diversos objetivos da intervenção em saúde pois é facilitadora do diagnóstico com mais precisão; pode proporcionar mais bem estar e a redução dos níveis de ansiedade, de *stress* e de sintomas depressivos; favorece a adesão aos planos terapêuticos e a adaptação à situação; contribui para promover a recuperação dos desequilíbrios e estados patológicos

e favorece a compreensão e impulsiona a corresponsabilização da pessoa, fazendo-a sentir que é respeitada e incluída. (CARVALHO TEIXEIRA, 2004; OGDEN, 2000; RAMOS, 2004, 2007, 2012)

As competências de comunicação em saúde permitem estabelecer relações mais receptivas e proporcionadoras do encontro com as significações individuais e grupais dos/as utentes, favorecendo o desenvolvimento de uma relação de confiança, com empatia e respeito pela alteridade na gestão da saúde e da doença.

As vítimas de violência nas relações afetivas manifestam sentimentos de vergonha, medo e culpa por serem alvo das agressões perpetradas por quem as devia tratar com respeito e de forma amorosa. A esperança que as agressões terminem fazem-nas negar e ocultar a situação. São reações psicológicas adaptativas mas que os e as profissionais de saúde não conhecem e, por isso, não identificam. Assim, atribuem a esses comportamentos significados baseados no senso comum e perpetuados em preconceitos e estereótipos sobre a violência doméstica que influenciam a avaliação e modelam a tomada de decisão. Expressam-se por comunicação verbal e não verbal e contribuem para reforçar os sentimentos negativos e aumentar a auto culpabilização da vítima. Desta forma, a interação estabelecida com a vítima vai lhe gerar a percepção de que não é acolhida, fazendo com que não sinta confiança na interação. A desvalorização e a censura percebida pelas vítimas na interação com profissionais de saúde reforçam o evitamento para abordar a situação e a prestação de cuidados fica limitada à abordagem biomédica das alterações de saúde. A maioria das mulheres vítimas de violência conjugal do estudo realizado não conseguiu verbalizar expectativas sobre o papel e intervenção profissional, relacionadas com a situação de violência. Talvez por a sua experiência com profissionais de saúde se centrar no atendimento biomédico, mais fácil de identificar para pessoas com o baixo nível de instrução que detinham. Contudo, algumas mulheres expressaram que esperavam ter sido escutadas e terem obtido a informação para as ajudar na resolução da situação de violência conjugal. A escuta e a informação são estratégias comunicacionais e de relação essenciais na prestação de cuidados de saúde e valorizados nos discursos profissionais. Nas interações que analisamos não foi conseguido o encontro que caracteriza uma comunicação em saúde funcional e por isso, capaz de conduzir a pessoa numa relação de ajuda que satisfaça as necessidades em saúde e de informação e lhes proporcione apoio. Neste

desencontro comunicacional resta, por isso, a intervenção biomédica pontual e individual. (CALVINHO, 2007; CALVINHO; RAMOS, 2008, 2014, 2016)

Nas relações afetivas e de intimidade violentas, habitualmente longas, as agressões podem ser de diversos tipos, associados ou isolados, e perpetradas à parceira mas também aos filhos/as que tenham. As consequências na saúde e o impacto no desenvolvimento e bem-estar atingem também os/as filhos/as. A intervenção em saúde não favoreceu a abordagem da relação violenta que, era a causa real das alterações na saúde global individual e familiar. As dificuldades das vítimas para solicitar apoio dos e das profissionais de saúde devem-se, como já antes referi, a processos psicológicos complexos de reação à violência mas são também influenciados pela dinâmica e ciclo das agressões que caracterizam estas relações. As competências de comunicação em saúde e o conhecimento da dinâmica e características da violência doméstica são essenciais para os/as profissionais acederem e avaliarem essa dimensão individual e da dinâmica do casal e familiar. (CALVINHO, 2007; CALVINHO; RAMOS, 2008, 2014, 2016a)

Se as vítimas têm dificuldades na interação com os profissionais, estes são também influenciados e confrontados por diversos fatores que condicionam a intervenção junto das mesmas. À luz da teoria sistémica da comunicação humana o processo comunicacional acontece em circularidade e bidirecionalidade influenciando em permanente retroalimentação a comunicação como evidenciaram os resultados de estudo desenvolvido com profissionais de várias profissões de saúde a exercer em cuidados de saúde comunitários e hospitalares, em Portugal (CALVINHO, 2013) e que passo a apresentar.

As diversas dificuldades identificadas nos/as profissionais de saúde no atendimento e intervenção junto a mulheres vítimas de violência conjugal são transversais às dimensões pessoal e profissional, mas também decorrem das condições das instituições onde exercem.

O fenómeno das violências nas relações afetivas não está integrado nas práticas clínicas, como causa possível para desequilíbrios na saúde global individual e familiar. Porém, consideram-nas um problema para a saúde, com repercussões que necessitam de intervenções ao nível do diagnóstico e do tratamento. Assim, a intervenção junto à vítima ancora-se no paradigma biomédico, evidenciando dificuldades na identificação da situação, conhecimento superficial sobre o fenómeno da violência nas relações afetivas e sobre o impacto na saúde individual e familiar. Por ser um problema que ocorre no seio familiar, entre companheiros/as com laços afetivos, as dificuldades são inerentes ao desconhecimento e

incompreensão sobre o mesmo. A este aspeto, acresce falta de vontade e de capacidades de comunicação em saúde para o abordar. Este comportamento é influenciado tanto por concepções culturais e de senso comum, como pela insegurança na concretização da intervenção necessária à situação das vítimas, para a qual não têm preparação pessoal e profissional. Expuseram sentir insegurança pelo dilema que sentem entre a sua missão e atuação profissional – regulada por princípios e normas ético-deontológicas – e o que deve ser a atuação devida numa situação que é classificada como um crime público no Código Penal Português. Este dilema ganha proporção porque são confrontados/as com reações dificultadoras da vítima, por negar da ou não querer denunciar. Consideram que se a vítima é adulta, é quem tem que decidir e fazer a denúncia. As reações das vítimas fazem-nos/as sentir-se confusos e impotentes. Apesar da relação de ajuda ser verbalizada como fundamental no atendimento, expressaram que, em geral, a vítima não é receptiva às suas intervenções o que gera aos profissionais sentimento de impotência, de insatisfação e de revolta. Estas reações e dificuldades às reações adaptativas da vítima de violência têm subjacentes dificuldades na comunicação com as vítimas. As limitações nas competências comunicacionais em saúde para abordar as questões inerentes ao casal e à família no âmbito da saúde reforçam a conjugação de aspetos dificultadores e prejudicam a intervenção holística em saúde e o apoio e encaminhamento das vítimas. Desta forma, de as incapacidades na comunicação em saúde levam a que se protejam em preconceitos sobre a vida familiar e dos casais e as reações da vítima. Assim, há retroalimentação das crenças sobre a inércia nas vítimas de violências, comuns nos discursos sociais, o que pode influenciar a relação profissional-utente e que não vale a pena intervir porque a vítima não quer resolver a situação.

Assim, a intervenção em saúde junto da vítima, por aspectos relacionados à vítima e aos próprios/as, dirige-se essencialmente aos cuidados de caráter curativo e tratamento de sintomas.

A abordagem da saúde das vítimas mostra a centralidade do modelo biomédico e a desvalorização do risco que a violência nas relações afetivas representa para a saúde. Quanto mais precoce a identificação e encaminhamento das vítimas, melhor se previne o agravamento da situação de saúde individual e familiar. Para isso, é imperioso a capacidade de comunicação em saúde e disponibilizar a informação necessária e o apoio e encaminhamento que ajudem as vítimas a usar os recursos sociais necessários. Considerar o impacto negativo da violência na saúde e com o recurso a uma comunicação competente é

possível desenvolver a relação profissional-utente que proporcione informação e o apoio na resolução da situação e na manutenção e recuperação da sua saúde. A evidência mostra que as mulheres permanecem longo tempo nas relações violentas e que isto está relacionado com problemas e situações de saúde mais graves que requerem abordagem multidisciplinar. A informação às vítimas e o seu encaminhamento requerem conhecimento sobre os recursos em saúde e sociais, através de canais de comunicação, e encaminhamentos bem estabelecidos, conhecidos e facilitadores. Constatamos que existe uma notável variabilidade do conhecimento sobre o fenómeno da violência conjugal entre profissionais de saúde, e que se verte na intervenção junto à vítima. Verificamos que o conhecimento sobre o fenómeno e os recursos sociais específicos favorecem a adequação da intervenção e o apoio e encaminhamento. Este diferencial decorre também da inexistência na instituição de guias de procedimentos e de protocolos que orientem a tomada de decisão e atuação articulada entre profissionais da instituição, serviços e recursos na comunidade. Estas estratégias seriam facilitadoras e proporcionariam mais segurança no processo de tomada de decisão, menos gastos de tempo e mais eficácia. As dificuldades na comunicação eficaz entre profissionais foram evidenciadas no processo de encaminhamento das vítimas. Foram identificadas situações de encaminhamento em que a violência não foi mencionada como justificação do encaminhamento, nem como informação associada à situação de saúde.

A articulação e a coordenação com recursos sociais que atuam no âmbito da violência é inexistente ao nível institucional e os/as profissionais evidenciaram pouco conhecimento sobre os mesmos. Em muitas situações nem os acionaram, nem informaram ou sugeriram às vítimas identificadas. Habitualmente, encaminham as vítimas para o serviço social da instituição e é a assistente social que informa e encaminha para os recursos da comunidade específicos na intervenção em vítimas de violência. Com o funcionamento deste serviço em horário restrito, muitas vítimas não usufruem da intervenção social, nomeadamente as que recorrem a cuidados hospitalares. (CALVINHO, 2013; CALVINHO; RAMOS, 2014, 2016b)

A análise da realidade evidenciou desarticulação e frágil intervenção multidisciplinar; a interação interprofissional e intersetorial limitada no acesso a serviços considerados necessários e fundamentais, como o serviço de medicina legal, as consultas de psicologia e os núcleos de atendimento a vítimas existentes na comunidade.

A dificuldade na gestão dos cuidados necessários às vítimas e na informação e encaminhamento das vítimas é influenciada por dotações insuficientes de recursos humanos nos serviços de saúde e por processos de encaminhamento dificultadores. A inexistência de protocolos de atuação com parecerias interinstitucionais revela que também as instituições devem melhorar as competências e recursos comunicacionais. As estratégias de comunicação em saúde devem assegurar a comunicação intrainstitucional, facilitar a cooperação interinstitucional promotora da saúde e promover o acesso a informação no âmbito da saúde pertinente para as populações.

Notas finais: as dissonâncias podem transformar-se em melodias ou as estratégias da comunicação em saúde na melhoria do atendimento a vítimas de violência

As violências nas relações afetivas são um problema multideterminado, complexo e de saúde pública. Representam risco para a saúde individual e familiar e o seu impacto é transversal à esfera individual, familiar e social. O conhecimento sobre o mesmo é pobre entre profissionais de saúde e conjuga-se com dificuldades diversas ao nível da comunicação em saúde. Revelaram dificuldade de comunicação funcional e de relação em saúde para abordar o relacionamento do casal e familiar no âmbito da saúde, o que lhes dificulta a atuação junto às vítimas, global e adequada às suas peculiaridades. Identificaram défices nas suas capacidades comunicacionais eficazes para a interação com as vítimas de violência. A pouca preparação profissional dificulta a compreensão das reações à situação violenta e dificulta-lhes lidar e gerir os comportamentos das vítimas, temendo pela sua segurança se expostos/as ao agressor.

A excessiva carga de trabalho por insuficiente número de profissionais, as condições físicas que condicionam a privacidade no atendimento, os limites de tempo para o atendimento e as consultas são fatores dificultadores para a identificação e abordagem do problema com as vítimas.

A interação comunicacional e a colaboração entre departamentos/serviços/recursos externos é pobre e contribui para a insegurança e falta de apoio na atuação profissional e encaminhamento das vítimas por falta de protocolos e guias de procedimentos.

As violências causam considerável morbidade e mortalidade, prejudicando toda a sociedade a curto e a longo prazo. As mulheres vítimas de violência conjugal identificam múltiplas consequências sobre a sua saúde, mas evidenciam dificuldades no contato com os profissionais de saúde e não os reconhecem como elementos capazes de as apoiar e encaminhar. Romper com a violência é condição fundamental para recuperar a saúde e o bem-estar das vítimas e favorecer o desenvolvimento saudável de crianças e jovens.

Estudos sobre o impacto da violência salientam a relação entre a duração da violência e mais morbidade relacionada com a mesma. (CAMPBELL, 2002; HEISE, 1994; HUMPHREYS; LEE, 2009; HUMPHREYS et al., 2011; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002; WIJMA et al., 2007)

Deste modo, impõe-se aliar conhecimento sobre o fenômeno das violências nas relações interpessoais, afetivas e de intimidade e as competências em comunicação em saúde. A formação em comunicação em saúde e estratégias de desenvolvimento de competências comunicacionais podem favorecer a relação profissional-utente e proporcionar a confiança e proximidade humanas para uma relação de ajuda eficaz e adequada às necessidades individuais e familiares. A identificação das consequências das violências na saúde, requer questionamento adequado, escuta, avaliação e compreensão do comportamento não-verbal, verbalização assertiva e em léxico claro e simples, com tranquilidade e privacidade. A intervenção, o aconselhamento, o apoio, a informação e o encaminhamento são fundamentais para gerir e resolver problemas de saúde e para promover a capacitação da vítima através do aconselhamento em saúde.

A capacidade de comunicação em saúde e o conhecimento sobre o impacto da violência na saúde favorecerão a implementação e adesão a um plano de promoção da saúde e prevenção de situações que podem ocorrer na saúde individual e familiar, como o risco de isolamento social, o distress, as alterações na saúde mental, a descompensação de doenças crônicas, o risco de consumos aditivos, distúrbios do apetite e do sono, conflitos e incapacidades familiares, etc. Favorecem ainda a transmissão da informação sobre os recursos formais da comunidade; facilitam o encaminhamento adequado às necessidades de acompanhamento em saúde, de apoio social e de apoio jurídico às vítimas que atendem.

A saúde é um recurso para a vida e por isso impõe-se que a prestação de cuidados de saúde a favoreça, também através da relação com os usuários, através da informação em saúde, através do aconselhamento em saúde e apoio na tomada de decisão e na literacia em saúde. Assim, a par da formação específica dos

profissionais sobre as violências nas relações interpessoais e afetivas e o seu impacto, é indispensável a formação e desenvolvimento de capacidades de comunicação em saúde que permitam a relação profissional-usuário mais gratificante e eficaz para ambos. Capacidades de comunicação em saúde facilitam aceder ao mundo subjetivo da pessoa-usuária e favorecem a adesão às propostas, com vista a melhorar e promover a saúde das vítimas e dos seus núcleos familiares.

Também urge que instituições comunicacionalmente eficazes e capazes de articular as áreas de intervenção da sua responsabilidade, estabeleçam parcerias e trabalhem em coordenação efetiva, em prol de um atendimento mais humanizado, eficaz, gratificante, seguro, promotor da literacia em saúde e protetor do capital de saúde das pessoas, famílias e comunidades.

A comunicação em saúde eficaz requer formação, utilização de estratégias e de competências que visam melhorar as relações interpessoais profissionais e com usuários. São ferramentas essenciais para promover a saúde e contribuir para a literacia em saúde das populações e, permitem desenvolver um ambiente institucional e interinstitucional saudável, com cooperação, articulação e mais satisfação no âmbito da missão social das instituições.

Referências

ALARCÃO, M. (*Des*)*Equilíbrios familiares: uma visão sistémica*. Coimbra: Quarteto Ed. 2000.

BARROS, P. P. [et al.]. Health care costs of domestic violence against women: evidence from Portugal. [S.l.]: Elsevier, 2008. Available on: <<http://ssrn.com/abstract=1160306>>. Access on: June 2012.

CALVINHO, M. S.; RAMOS, N. Violência conjugal contra a mulher, saúde e género: contributos para melhorar as práticas profissionais e as políticas de prevenção da violência. *Revista Ambivalências*. v. 2, n. 3, p. 42-69, 2014. Disponível em: <<http://www.seer.ufs.br/index.php/Ambivalencias/article/view/3127/2729>>.

CALVINHO, M. S. Violência conjugal contra a mulher: representações sociais e práticas dos profissionais de saúde face às mulheres vítimas. 299 f. 2013. Tese (Doutorado em Psicologia) - Universidade Aberta, Lisboa, 2013.

CALVINHO, M. S. *Violência conjugal contra a mulher: histórias vividas e narradas no feminino*. 2007. 278 f. Dissertação (Mestrado em Comunicação em Saúde) - Universidade Aberta, Lisboa, 2007.

CALVINHO, M. S.; RAMOS, M. N. Diversas faces do poder sobre a mulher: o caso da violência conjugal. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL FAZENDO GÊNERO, 8., 2008. Florianópolis. *Actas...* Florianópolis: [s.n.], 2008. Disponível em: <http://www.fazendogenero.ufsc.br/8/sts/ST29/Ramos-Calvinho_29.pdf>.

CALVINHO, S.; RAMOS, N. Perspetivas de mães vítimas de violência sobre as consequências nos seus filhos/as. In: CONGRESSO NACIONAL DE PSICOLOGIA DA SAÚDE: SOCIEDADE PORTUGUESA DE PSICOLOGIA DA SAÚDE, 11., 2016. Lisboa. *Atas...* Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da saúde, 2016a, p. 667-670. Disponível em: <http://11cnps.iscte-iul.pt/sites/default/files/docs/livro_atas.pdf>.

CALVINHO, S.; RAMOS, N. Comunicação, profissionais de saúde e mulheres vítimas de violência conjugal nos cuidados de saúde. In: CONGRESSO NACIONAL DE PSICOLOGIA DA SAÚDE: SOCIEDADE PORTUGUESA DE PSICOLOGIA DA SAÚDE, 11., 2016. Lisboa. *Atas...* Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da saúde, 2016b. p. 671-677. Disponível em: <http://11cnps.iscte-iul.pt/sites/default/files/docs/livro_atas.pdf>.

CAMPBELL, J. C. Health consequences of intimate partner violence. *The Lancet*. v. 359, n. 9314, p. 1331-1336, 2002. Available on: <[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(02\)08336-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(02)08336-8/fulltext)>. Access on: 13 Apr. 2002.

CURNOW, S. A. M. The Open Window Phase: Helpseeking and reality behaviors by battered women. *Applied Nursing Research*, v. 10, n. 3, p. 128-135, 1997. Available on: <10.1016/S0897-1897(97)80215-7>.

HEISE, L. Gender-based abuse: the global epidemic. *Cadernos de Saúde Pública*, n. 10, suppl. 1, p. 135-145, 1994. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1994000500009&lng=en&tlng=en>.

HESBEEN, W. *Qualidade em enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência Ed. 2001.

HÉRITIER, F. *Masculino feminino: o pensamento da diferença*. Lisboa: Ed. Instituto Piaget, 1996.

HUMPHREYS, J.; LEE, K. A. Interpersonal violence is associated with depression and chronic physical health problems in midlife women. *Issues in Mental Health Nursing*, v. 30, n. 4, p. 206-213, 2009.

HUMPHREYS, J., [et. al.]. Telomere Shortening in Formerly Abused and Never Abused Women. *Biological Research For Nursing*, v. 14, n. 2, p. 38-48, 2011. Disponível em: <<http://brn.sagepub.com/content/early/2011/03/07/1099800411398479>>.

MATOS, M. Violência conjugal. In: GONÇALVES, R. A.; MACHADO, C. (Org.) *Violência e Vítimas de Crimes*. Coimbra: Quarteto Ed., 2002. p. 81-130. v. 1: Adultos.

OGDEN, J. *Psicologia da saúde*. 2. ed. Lisboa: Climepsi Editores, 2000.

ORGANISATION MONDIALE DE SANTÉ. *EB 109/115. Violence et Santé* : rapport. Paris, 2004. Cent neuvième session.

ORGANISATION MONDIALE DE SANTÉ. *WHA 49.25. La prévention de la violence: une priorité pour la santé publique*. Genève, 1996. La quarante-neuvième Assemblée mondiale de la Santé.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Declaração de Ottawa para a Promoção da Saúde*. Geneva: OMS, 1986.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde. *Saúde e violência contra as mulheres: um estudo sobre as relações existentes entre a saúde das mulheres e as várias dimensões de violência de que tenham sido vítimas*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 2005.

RAMOS, N. Cuidados de saúde e comunicação na sociedade multicultural: discutindo interculturalidade(s), práticas e políticas em saúde. *Revista Inter-Legere*. n. 11, p. 30-51, 2012.

RAMOS, N. Comunicação e interculturalidade nos cuidados de saúde. *Psychologica*, n. 45, 147-169, 2007.

RAMOS, N. *Psicologia clínica e da saúde*. Lisboa: Universidade Aberta, 2004.

SILVA, L. F. da. *Entre marido e mulher alguém meta a colher*. Celorico de Basto: À Bolina Editores livreiros, 1995.

SILVA, L. F. da; ALVES, F. *Saúde das mulheres em Portugal*. Porto: Ed. Afrontamento, 2002.

TEIXEIRA, J. A. C. Comunicação em saúde: relação técnicos de saúde - utentes. *Análise Psicológica*, Lisboa, v. 22, n. 3, p. 615-620, set. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312004000300021&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 13 jun. 2017.

WATZLAWICK, P.; BEAVIN, J. H.; JACKSON, D. D. *Pragmática da comunicação humana*. São Paulo: Ed. Cultrix, 1993.

WIJMA, K., [et al.]. The association between ill-health and abuse: a cross-sectional population based study. *Scandinavian Journal of Psychology*. n. 48, p. 567-575, 2007.

WINKIN, Y. (Dir.). *La Nouvelle communication*. Paris: Ed. du Seuil, 1981.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *First ever Global Report on Violence and Health released: New WHO report more complete picture of global violence*. Geneva: WHO, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Regional targets in support of the regional strategy for health for all*. Copenhagen: WHO, 1984.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Working group definition of the quality of life*. Geneva: WHO, 1994.

Informação e comunicação nas redes de atenção a mulheres vítimas da violência

Larissa Dantas
Maria Ligia Rangel-S
Francisca Eleonora Schiavo

Introdução

Iniciar uma discussão que se proponha a articular informação, comunicação e trabalho em rede não pode estar desatrelado da perspectiva do que trata o objetivo principal deste livro – refletir sobre a comunicação e saúde na sociedade contemporânea. Assim, localizar este estudo no âmbito da interface, comunicação e saúde, coloca no cerne da discussão a concepção da comunicação e da informação como processos sociais de produção de sentidos, em espaços de lutas e negociações na sociedade, inclusive nas redes de atenção à saúde, e não como um mero conjunto de técnicas e/ou estratégias utilizadas pela área da saúde com o objetivo restrito de transmissão de informação.

Reforçar o papel da informação e da comunicação no âmbito de uma rede de atenção a mulheres vítimas de violência, objeto deste estudo, realça um importante problema de saúde pública que demanda estratégias eficientes de fluxos de informações e comunicação, as quais são decisivas nos modos como as mulheres atendidas construirão suas trajetórias nessa rede. Nessa perspectiva, problematizar as práticas de comunicação nessas redes de atenção traz contribuições para realçar a comunicação e a informação como processos importantes

de transformação social, no alcance da autonomia das mulheres, partindo-se da ideia de que fluxos bem construídos e definidos de informação e comunicação são basilares quando se trata do enfrentamento à violência.

Nesse sentido, é importante frisar que o enfrentamento à violência contra a mulher exige que o Estado tenha um papel importante no que tange a criação de políticas para as mulheres, mediadas por práticas de comunicação e informação eficientes. Conjuntos de iniciativas, programas, ações e serviços são imprescindíveis para que haja efetividade no enfrentamento da violência, problema este que pode ocorrer em todas as fases da vida e acometer mulheres de todas as classes sociais.

O enfrentamento desse problema tem adquirido, ao longo dos anos, aliados importantes, indo na contramão de um processo histórico de invisibilidade da questão pelo Estado brasileiro. A década de 1980 representa um importante marco de articulação do movimento de mulheres com o Estado, para a criação das Delegacias de Atendimento à Mulher, propiciando maior visibilidade da violência contra a mulher, corroborado pelo aumento das denúncias e a ampliação da discussão política sobre o assunto. (GROSSI; TAVARES; OLIVEIRA, 2008)

A partir daí novos avanços podem ser identificados no Brasil, como a criação de coordenadorias da mulher – primeiros organismos de políticas para as mulheres implantados no país –, em níveis municipal e estadual, e da criação, em 2003, da Secretaria Especial de Políticas Públicas para a Mulher da Presidência da República. (GROSSI; TAVARES; OLIVEIRA, 2008) Evidencia-se a importância do tema para o então Governo, que gera maior investimento para ampliação e criação de novos serviços, como os Centros de Referência de Atendimento às Mulheres, as Defensorias da Mulher, os Serviços de Responsabilização e Educação do Agressor, as Promotorias Especializadas e a construção de Redes de Atendimento às mulheres vítimas de violência em todo o país. (BRASIL, 2011a) Mas é com a Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340/2006) que as conquistas são impulsionadas e são instituídas as diretrizes de proteção à mulher, a punição, responsabilização e educação dos agressores de modo a auxiliar as mulheres na reconstrução de suas vidas. (BRASIL, 2012)

Todos esses avanços constituem percursos importantes para a implantação da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres em 2011 (BRASIL, 2011a), que preconiza a criação em todo país de Rede de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Esta surge com a proposta de implantar

políticas amplas e articuladas que fortaleçam o processo de enfrentamento, no que tange ao combate à violência, à prevenção, à assistência e à garantia de direitos das mulheres. (BRASIL, 2011b) Bem como, promovendo parcerias que envolvam os mais diversos setores das políticas públicas, tais como universidades e movimentos sociais organizados, no sentido de garantir a integralidade dessas ações.

É possível identificar, inserida nesta Rede de Enfrentamento, um conjunto de serviços que ofertam atenção às mulheres em situação de violência, que dão suporte a diversas políticas públicas, cuja proposta de trabalho em rede tem como finalidade alcançar a ampliação e a qualidade do atendimento, assim como garantir a identificação e o encaminhamento adequados para as mulheres em situação de violência de forma integral e humanizada. (BRASIL, 2011a) O conjunto desses serviços constitui a rede de atenção a mulheres em situação de violência, cujas ações articuladas e integradas, em uma perspectiva intersetorial pressupõem fluxos de atendimento e comunicação definidos, considerando as realidades locais e as demandas das mulheres, assim como suas diferenças.

Abordar o trabalho em rede no Brasil requer atentar para os princípios e diretrizes que orientam ações do Sistema Único de Saúde (SUS), observando-se as especificidades que caracterizam essa forma de trabalho. Destaca-se então a intersetorialidade, a não hierarquização, a corresponsabilidade, a integralidade e a democracia. Estes definem novas formas de socialização e fluxos informacionais compatível com uma ordem globalizada. (ENNE, 2004) Atualmente, o trabalho em rede assume uma diversidade de significados, localizada nas diversas disciplinas, e abarcando múltiplos conceitos e diferentes noções, muitas vezes dicotômicas e fortemente polarizadas como cooperação/competição, solidariedade/conflito, igualdade/diversidade, racionalidade instrumental/racionalidade comunicativa, o que demonstra a complexidade das interações e das organizações em rede e sua localização como foco de análise em diferentes campos, cada um destes em estágios diferentes de maturação e de organização. (LOIOLA; MOURA, 1996)

Dentre as diversas definições que envolvem rede, face aos objetivos deste estudo, elege-se a noção de redes sociais, por considerá-la inclusiva dos múltiplos aspectos da vida em sociedade. A rede de atenção à violência contra a mulher traz em seu cerne a ideia de interações horizontais entre organizações da sociedade civil, grupos e outros atores, parâmetros estes que a caracterizam enquanto uma rede social. Tem ainda como base para sua formação a existência de

conflitos, de laços de solidariedade e de projetos políticos e culturais compartilhados. (LOIOLA; MOURA, 1996)

Em suma, a rede social pressupõe a existência de sujeitos coletivos que se organizam em torno de valores, objetivos e projetos em comum para a definição de sujeitos e de situações antagônicas que necessitam serem combatidas e transformadas. (SCHERER-WARREN, 2006) Assim, como defende Minhoto e Martins (200, p. 96), as redes

[...] deveriam, em tese, reforçar a constituição de novos sujeitos autônomos, capazes de discutir, elaborar e implementar políticas públicas compensatórias destinadas a minorar os efeitos crescentemente excludentes e perversos do capitalismo global.

O trabalho em rede faz interface direta com a informação. Uma informação adequadamente apreendida produz conhecimento e traz benefícios para o desenvolvimento do indivíduo e da sociedade em que este está inserido. A distribuição e acesso ao conhecimento e à informação, assim como as trocas de informação entre os sujeitos através de práticas de comunicação eficientes, têm papel importante na medida em que são atividades estruturantes e definidoras da cultura e dos fenômenos sociais. (MARTELETO, 2010) Ressalta-se a crescente crítica na literatura acerca do uso instrumental da comunicação, entendida meramente como transmissão e difusão de informações, para compreendê-la como um ato que mobiliza muito mais que a simples transmissão, pois implica em tensões e disputas permanentes de sentidos, representações, intenções e apropriações que dizem respeito à posição ocupada pelo sujeito no mundo e nas relações que estabelece. (RANGEL-S, 2005)

Na medida em que a informação é recebida e elaborada, esta promove um processo de desenvolvimento naqueles que por ela são atingidos, o que incide diretamente nos seus contextos interacionais, alterando assim seus espaços de convivência. (BARRETO, 1998) Daí a necessidade de definição de fluxos eficientes de informação no atendimento e atuações intersetoriais para o enfrentamento da violência contra a mulher, de modo a promover uma melhor organização da comunicação entre os diversos atores/entidades que constituem a rede, rompendo com o modelo nos moldes da departamentalização, da desarticulação e da setorialização das ações e políticas públicas.

No caso das redes sociais, o direcionamento dos fluxos de informação que circulam no espaço tem relação com o grau de interação entre os agentes. Os sujeitos irão se integrar a esses fluxos na medida em que reconhecem a existência de informações que mais se adequem às suas necessidades, no contexto em que se encontram. Nessa perspectiva, a oferta de informação juntamente com a percepção da informação pelos sujeitos são elementos que impulsionam os fluxos existentes e propiciam o desenvolvimento de novos arranjos de fluxos na rede. (SUGAHARA; VERGUEIRO, 2013)

O estudo acerca dos fluxos de informação no âmbito das redes sociais tem como objetivo compreender como a informação flui, circula e é compartilhada, na medida em que vínculos são constituídos ao longo dessa interação. No que tange às finalidades deste estudo, tomando a violência como um importante problema social, de justiça e de saúde pública, que se configura como um relevante tema para a pesquisa no campo da saúde coletiva, faz-se necessário identificar os *nós* que emperram o funcionamento da rede de atenção a mulheres vítimas de violência, principalmente relacionados à informação e à comunicação. Tal iniciativa pretende contribuir para as ações de enfrentamento, a partir da interlocução de disciplinas que têm muito a contribuir com o tema.

Este estudo tem, então, como objetivo identificar os fluxos de informação e comunicação que incidem nas trajetórias das usuárias atendidas na rede de atenção a mulheres em situação de violência no município de Salvador, estado da Bahia. (DANTAS, 2016) Para mapear os fluxos de informação e comunicação na rede estudada, foram realizadas dez entrevistas com usuárias pertencentes a essa rede de atenção, obtendo-se informações construídas em diálogo com usuárias acerca das suas reflexões sobre a realidade que vivenciam, a partir de suas ideias, maneiras de pensar, opiniões, atuações e condutas, tal como propõe Minayo (2010).

As mulheres foram abordadas dentro dos serviços que acolhem especificamente os casos de violência doméstica na cidade. São eles o Centro de Referência de Atendimento à Mulher Loreta Valadares (CRLV),¹ Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher (DEAM)² do bairro de Periperi, a 1ª Vara de

1 Centro de atendimento social, psicológico e jurídico as mulheres vítimas de violência doméstica em Salvador, Bahia.

2 Unidades especializadas da Polícia Civil que realizam ações de prevenção, proteção e investigação dos crimes de violência doméstica e violência sexual contra as mulheres, entre outros.

violência doméstica e familiar contra a mulher³ e o Serviço Viver.⁴ As mulheres entrevistadas tinham entre 32 e 58 anos, sendo oito naturais de Salvador e duas do interior do estado da Bahia. Oito das participantes são residentes de bairros populares de Salvador e apenas uma não tinha filhos. Duas mulheres não trabalhavam fora de casa, todas as demais possuíam seus trabalhos, sendo duas delas trabalhos informais.

Trata-se de entrevistas em profundidade com as mulheres, uma no Serviço Viver⁵ e três em cada um dos demais serviços. Foram selecionadas apenas mulheres vítimas de violência doméstica cujo agressor foi o próprio companheiro. Para a seleção, as mulheres deveriam demonstrar disponibilidade para conceder a entrevista, ser favoráveis a falar sobre o problema e ter facilidade de verbalização sobre o assunto. Não foram entrevistadas mulheres que estivessem no serviço para o seu primeiro atendimento na rede; aquelas que se apresentassem frágeis emocionalmente em decorrência da violência sofrida; bem como aquelas que apresentassem algum tipo de sofrimento mental no momento da abordagem.

Esses critérios de exclusão foram escolhidos por considerar que não seria possível mapear a trajetória da mulher que estivesse pela primeira vez no atendimento da rede, por ela não ter tido ainda acesso a informações necessárias para o seu processo de rompimento com a violência. Além disso, mulheres que ainda se apresentassem muito frágeis emocionalmente em função da violência, ou que estivessem em sofrimento psíquico, poderiam ter dificuldade em relatar sobre sua vivência, considerando as repercussões da violência que podem deixá-las confusas e desnorteadas, podendo interferir no levantamento das informações para a pesquisa.

Para o tratamento dos dados foi utilizada a técnica de Análise de Conteúdo (AC).

- 3 Unidade judicante criada para julgar especificamente casos de violência doméstica e familiar contra a mulher.
- 4 Serviço que oferta atendimento médico, psicológico, social e jurídico a pessoas vítimas de violência sexual.
- 5 Foi identificada apenas uma usuária neste serviço com o perfil para este estudo. Em função do mesmo atender casos de violência sexual, a maioria dos casos existentes é de crianças e adolescentes. As mulheres vítimas de violência sexual pelo companheiro são casos raros de chegar a esse serviço, apesar do mesmo ser considerado na Rede de Atenção a violência contra a mulher como um dos serviços específicos que acolhe a violência doméstica no município.

Bardin (2010) define a AC como um conjunto de técnicas de análise das comunicações cujo objetivo é o alcance de indicadores, sejam eles quantitativos ou qualitativos, obtidos por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo, que permitam a avaliação dos conhecimentos relativos quanto à produção e recepção dessas mensagens.

Segundo essa técnica, os dados obtidos são organizados a partir de categorias analíticas, através da identificação dos núcleos de sentido contidos nas mensagens e da significação dos mesmos através de inferências. Os dados são classificados nessas categorias a partir de um processo de codificação, transformando-os irreversivelmente em informação passível de análise e interpretação. (BAUER, 2002) No âmbito deste estudo, foram destacadas três categorias de análise: Decisão/Acesso; Informações comunicadas; e Qualidade da Atenção/Resolutividade. As categorias de análise foram valorizadas, considerando-se que são aspectos decisivos nos momentos da atenção e que repercutem na vida das mulheres.

Fluxos de informação e comunicação nas trajetórias das mulheres na rede de atenção

Na descrição das trajetórias das mulheres na rede de atenção, destaca-se que apenas duas mulheres entrevistadas tiveram seus agressores presos, prisões estas em flagrante, sendo que um desses foi preso também, em outra oportunidade, por descumprir a medida protetiva.

Três delas tiveram episódios sucessivos de violência, o que ocasionou acessos à rede em momentos diferentes, indicando que o primeiro acesso não resultou em uma resolução para o problema da violência. Estas só tiveram medidas protetivas emitidas após a primeira agressão já ter acontecido. Quanto às medidas, seis entrevistadas ao todo tiveram esse direito garantido.

As três categorias de análise destacadas neste estudo são apresentadas a seguir, considerando o conceito de rede social.

Decisão e acesso à rede de atenção: contribuições das redes sociais primárias

A abordagem das redes sociais nos estudos sobre a violência doméstica permite circunscrever o fenômeno da violência nos diferentes níveis de redes que

compõem o tecido social. Dutra (2013) identificou, no caso das redes sociais das mulheres em situação de violência, uma rede sócio-humana restrita e um acesso tardio e difícil à rede socioassistencial.

As redes sociais primárias⁶ das mulheres vítimas de violência se configuram como relações importantes e, muitas vezes, determinantes no apoio e na decisão pela ajuda, motivando o acesso das mulheres aos serviços da rede de atenção. Vizinhos e familiares assumem aí um papel relevante, seja na interferência à situação, como também na omissão, no que tange à denúncia e amparo à mulher frente o conhecimento da situação na qual a mesma se encontra.

Várias das falas das mulheres entrevistadas denotam a falta de implicação por parte de suas redes primárias, deixando a mulher, nesses casos, no isolamento, sem apoio a que recorrer na busca de ajuda. O estudo de Dutra (2013) corrobora com esse achado, ao afirmar que quanto maior o tempo de convívio conjugal violento, maiores eram as transformações sofridas pelas redes sociais das mulheres, que se tornavam cada vez mais reduzidas, com poucas pessoas com poder de lhes oferecer apoio, dificultando, desse modo, o acesso à rede socioinstitucional.

Algumas entrevistadas, em contrapartida, possuem redes sociais primárias mais sólidas, o que influencia nos modos de acesso à rede de atenção, onde a mulher encontra maior apoio e orientação na busca por serviços. Gomes e colaboradores (2015) apontam a importância dos amigos e vizinhos nas relações de confiança e apoio, no compartilhamento de emoções e sentimentos, assim como na sensação de proteção, possibilitando à mulher vislumbrar novos rumos para sua vida. Nesse estudo, foram encontrados resultados semelhantes.

Torna-se evidente que a família da mulher desempenha uma função ainda mais importante no que diz respeito ao rompimento do ciclo de violência e o acesso à rede. Em função do ciclo de violência, o vínculo familiar se fragiliza, acarretando o afastamento dos parentes e a ausência de suporte às mulheres na sua decisão.

Os relatos das entrevistadas corroboram com as afirmações de Gomes e colaboradores (2015), que apontam que o apoio familiar se configura como estratégia de autoproteção que evita a revitimização da mulher, ao encontrar no seio familiar o cuidado e, conseqüentemente, o fortalecimento necessário na

6 As redes primárias são constituídas por laços de família, parentescos, vizinhança e trabalho. São redes de relações entre os indivíduos que possuem interesses em comum.

busca por ajuda. Santos e Vieira (2011) também salientam que a ausência do apoio familiar desperta nas mulheres sentimentos de abandono e desamparo e representa e dificulta o processo de empoderamento das mulheres para sair do ciclo de violência.

Ainda assim, o pedido de ajuda é direcionado, em sua maioria, à rede primária das mulheres, antecedendo a busca por ajuda pela via dos serviços. Apenas duas mulheres relataram que a primeira pessoa a quem relatou o problema, e pôde assim ser orientada no que fazer, tinha sido uma médica da unidade de saúde que cada uma procurou. O estudo de D'Oliveira e Schraiber (2013) demonstrou que o acesso à rede informal, formada por familiares e amigos, é mais frequente para solicitação de ajuda do que a rede formal de serviços, nas regiões onde a sua pesquisa foi realizada.

O processo de decisão para busca de ajuda é cercado por seguidos episódios de violência e agravamento das agressões e/ou das consequências decorrentes destas. Todas as entrevistadas relatam situações limites que desencadearam a busca por ajuda, que vão desde violências e marcas mais agressivas, implicações na saúde, no mundo do trabalho e no familiar.

É a partir de atos de gravidade maior que invadem dimensões da vida da mulher, para além do âmbito da casa, avançando no mundo do trabalho, dos estudos, da vida pública e das relações familiares, que as mulheres conseguem o deslocamento necessário para ampliar seus horizontes de ação, visualizando, assim, estratégias de enfrentamento e busca de ajuda. Parente e colaboradores (2009) demonstram em seu estudo que as mulheres esgotam todas as tentativas de negociações e somente quando a violência chega ao seu extremo que elas partem para o enfrentamento. Brandão (2006) acrescenta a esses atos mais graves, outros aspectos que impulsionam as mulheres na busca pelo rompimento do ciclo de violência, como a pressão de familiares e empregadores para fazer a denúncia, e a responsabilidade quanto à preservação dos filhos em situação de risco.

No entanto, fica evidente na fala das mulheres entrevistadas o desconhecimento acerca dos serviços que compõem à rede de atenção às mulheres em situação de violência, corroborando com o estudo de Grossi, Tavares e Oliveira (2008), em que a grande maioria das suas participantes sequer tinham conhecimento das instituições de apoio. Seus conhecimentos giravam em torno de questões mais específicas da violência física, da queixa, da Lei Maria da Penha e da denúncia. Seus conhecimentos não eram acerca dos serviços existentes de

apoio às mulheres vítimas de violência, salvaguardo à Delegacia da Mulher, que se apresenta como o serviço de maior conhecimento por parte das entrevistadas.

Os estudos de Schraiber e colaboradores (2005) e Santos e Vieira (2011) apontam que a Delegacia da Mulher se tornou a porta de entrada mais reconhecida e legitimada pelas mulheres, mas denota o limite que tal legitimidade provocou, ao reduzir o problema à esfera criminal, negligenciando, assim, demandas de outras ordens, necessárias para que as mulheres enfrentem os obstáculos e promovam condições objetivas para o abandono da relação violenta, que passam necessidades psicológicas, sociais, jurídicas, educacionais, trabalhistas, de saúde, moradia, etc.

Cabe aqui a crítica à ausência de responsabilização de outros serviços, setores e políticas, no que tange à busca e identificação dessas mulheres em risco, de modo que seja possível que se retire da própria mulher a responsabilidade e o esforço individual pelo rompimento da violência e a busca pela ajuda.

O que se observa é que o acesso à rede de atenção é diverso, e não há instituída uma porta de entrada formal. Inclui-se nessa Rede o lugar das redes sociais primárias das usuárias, como elementos importantes no acesso das mulheres e como organizações que não podem ser desprezadas quando se analisa a Rede de Atenção como um todo. Tais vínculos, organizações e serviços têm papéis imprescindíveis no que tange a garantia do acesso das mulheres e dos direitos que lhe cabem para o enfrentamento da violência.

Informações Comunicadas: insuficiência dos fluxos

Para que o enfrentamento à violência contra a mulher seja efetivado, faz-se necessário um trabalho articulado e integrado entre os serviços e instituições que compõem a rede de atenção à mulher vítima de violência. Esta rede refere-se ao conjunto de ações e serviços, em especial da saúde, assistência social, justiça e segurança pública, que tem como objetivo alcançar a ampliação e a qualidade do atendimento, assim como garantir a identificação e o encaminhamento adequados para as mulheres em situação de violência de forma integral e humanizada. (BRASIL, 2011a) Para tanto, é preciso que os mesmos trabalhem a partir de uma perspectiva intersetorial, definindo fluxos de atendimento e de comunicação de acordo com as realidades locais e com as demandas das mulheres, considerando as suas diferenças.

Na rede de atenção à violência contra a mulher de Salvador, são identificadas algumas particularidades informacionais que dificultam o seu funcionamento e, conseqüentemente, se refletem na baixa resolubilidade do problema de violência das usuárias. A ausência de fluxos assistenciais e protocolos de encaminhamentos, a falta de diálogo intersetorial, os movimentos de idas e vindas das mulheres aos serviços, a precariedade das informações ofertadas pelos operadores dos serviços às usuárias, e as especificidades no funcionamento de determinados serviços na contramão do funcionamento em rede são os entraves identificados por este estudo.

Os encaminhamentos que ocorrem nessa rede merecem uma ressalva importante, pois o caráter assumido pelos mesmos mais se aproxima de uma “indicação” por parte dos profissionais para que as mulheres escolham o local que melhor lhe convir, pois não há processos de encaminhamentos formalizados a partir da articulação dessa rede. Nos relatos das mulheres entrevistadas, não foi possível identificar as orientações dos profissionais quanto aos fluxos necessários a cada caso, evidenciando que não há comunicação entre os serviços e fluxos de referência e retorno, com o intuito de acompanhar essas mulheres na rede. Foi possível também notar que a trajetória das mulheres em busca de apoio se dá, muitas vezes, de forma autônoma, de modo que muitos dos serviços acessados pelas mulheres ocorrem a partir do conhecimento que já possuem, a priori, sobre os mesmos ou através dos encaminhamentos/indicações realizados pelos operadores dos serviços.

Frente a essa ausência de encaminhamentos formalizados, reflexo da não articulação entre os serviços, a comunicação entre os mesmos não acontece. Conseqüentemente, as informações acerca do caso não são compartilhadas e discutidas de forma conjunta, impactando na trajetória que as mulheres irão construir nessa rede, sem conhecimento prévio de como se darão os trâmites internos acerca do seu caso, e não se identificando a existência de atividades que contribuam com o necessário processo de empoderamento e elevação da autoestima dessas mulheres, permitindo-lhes acessar o conhecimento acerca dos seus direitos, processos e recursos para o enfrentamento da violência.

Principalmente no que tange aos serviços e órgãos judicializados, o acompanhamento da mulher na rede é ainda mais fragilizado. O que prevalece, quando os serviços de assistência policial e jurídica promovem encaminhamentos para outras unidades, é a ausência de acompanhamento das mulheres, revelando a

não responsabilização do serviço com o seguimento do caso e a ausência de diálogo com outros pontos da atenção, no sentido de delinear conjuntamente planos de ação para o cuidado às mulheres.

Meneghel e colaboradores (2011), em seu estudo, já apontavam para a dificuldade de se identificar um fluxo preciso, um itinerário único ou mais eficiente. Assim como nos achados das autoras, os caminhos identificados nesta pesquisa foram diversos para cada história relatada. Contudo, é comum o achado de que o fenômeno da violência na vida das mulheres é tratado na rede de forma fragmentada, sendo cada nuance e desdobramento do fenômeno abordado por um serviço de forma autônoma, com ausência de um plano terapêutico conjunto, além da inexistência da solicitação para retorno e/ou devolutiva, em relação aos caminhos a serem percorridos posteriormente pela usuária.

Fica evidente também que a opinião e desejo da mulher não são considerados como elementos importantes na definição da trajetória que a mesma deverá traçar na rede, configurando-se como voz inativa e desprovida de protagonismo na construção do plano de ação do seu próprio caso. Os fluxos lhe são impostos de acordo com as relações entre serviços já mais ou menos formalizados, ou por encaminhamentos jurídicos necessários, já previstos em lei, como protocolos padrões para se lidar com o problema.

Essa interface setorial interfere diretamente nos caminhos das mulheres na rede, em movimentos de idas e vindas a determinados pontos da atenção, reflexos também da falta de informação acerca do próprio caso, que deveriam ser passadas a elas pelos profissionais aos quais se deparam ao longo da trajetória. A ausência de informações diz respeito não apenas aos serviços pertencentes à rede, mas também ausências de informações acerca da violência, seus desdobramentos, caminhos percorridos pelo seu caso na justiça, etc. A insuficiência de informações repercute nas falas das entrevistadas, esboçando o desconhecimento delas acerca dos próximos passos do próprio caso, gerando movimentos de idas e vindas aos serviços, implicando, até mesmo, na desistência em prosseguir com o mesmo. Além disso, as mulheres se deparam com a falta de continuidade quanto aos procedimentos necessários para a condução do caso ou até mesmo alguns entraves e desorganizações dos serviços, assim como a morosidade dos procedimentos necessários.

No que tange à forma como a delegacia da mulher lida com a questão da violência, observa-se que esta promove menos encaminhamentos, refletindo em trajetórias menos diversa no número de serviços acessados quando comparadas

àquelas mulheres que têm outra via de acesso à rede. Essa falta de diversidade de serviços acessados não se refere a uma maior capacidade das delegacias na resolução do problema, mas pode refletir a falta de conhecimento acerca de outros pontos de apoio que seriam importantes na condução de um determinado caso. Nenhuma das mulheres entrevistadas na DEAM foi encaminhada para algum serviço de apoio psicossocial.⁷ Tal constatação reforça a fragilidade da rede em se pensar projetos comuns, a falta de comunicação entre os serviços e o não entendimento por parte dos profissionais quanto aos pontos de apoios existentes e as funções que estão preparados para exercer.

Essa situação é crítica, partindo dos achados de Menezes e colaboradores (2014) que identificam as Delegacias como o primeiro serviço mais procurado pelas mulheres em busca de justiça, pois elas têm ciência de que nesses espaços terão acesso a ações preventivas e corretivas, além de garantir a contenção e penalização dos autores das ações violentas. O que se observa são acolhimentos malconduzidos, informações acerca do caso passadas sem implicação com o empoderamento das mulheres e sem elucidações quanto aos possíveis percursos e objetivos de cada ponto de atenção.

Imbricada à dimensão que toma a violência enquanto crime, há também uma dimensão relacional, representada por serviços especializados que trabalham na inclusão da mulher em outros espaços sociais, com o objetivo de valorizar as relações intersubjetivas e promover mudanças e reorganizações de suas vidas. Podemos destacar aqui os serviços que contam com a presença de psicólogos, assistentes sociais, pedagogos e suporte jurídico, que abordam os efeitos da violência nos diversos âmbitos da vida e que geram reflexos nas suas condições de moradia, emprego e renda, guarda dos filhos, etc. As mulheres que acessam a rede a partir desses serviços com caráter psicossocial, ou que são encaminhadas em algum momento da sua trajetória a esses pontos de atenção, apresentam um percurso mais variado, com diversos pontos da rede acessados, com a finalidade de abarcar as variadas dimensões de sua vida.

7 Estamos considerando aqui como serviços psicossociais aqueles que contam com equipes multidisciplinares que têm como finalidade abarcar para além das dimensões objetivas do caso da mulher, mas também acolher demandas subjetivas, inserindo-a em atividades e ações que promovam uma escuta qualificada do seu sofrimento, aliada a suprimento de suas demandas sociais como trabalho e renda, benefícios sociais, acompanhamento dos filhos etc.

É notório que a assistência policial e a jurídica não estabelecem relações mais amplas com outros setores de apoio, sendo quase inexistentes os encaminhamentos que partem daí para serviços de saúde ou de atenção psicossocial. Na maioria das vezes, os fluxos mais instituídos se dão entre assistência policial e jurídica, corroborando com o estudo de Schraiber e colaboradores (2012) que identificaram que as conexões entre serviços de assistência policial e jurídica com serviços de saúde e atenção psicossocial não se estabelecem, prevalecendo uma fragmentação da assistência ocasionada por desconhecimento de ambos acerca dos serviços que compõem a rede.

Kiss, Schraiber e D'Oliveira (2007) identificaram em seu estudo que os profissionais da assistência jurídica e policial focalizam a violência estritamente nos aspectos legais do caso, lidando com a violência enquanto crime, sem comprometimento com a atenção à mulher. Ademais, os serviços chamados psicossociais lidam com a assistência aos sujeitos em situação de vulnerabilidade, intervindo na subjetividade da mulher a partir das experiências vivenciadas. É notório, então, que os vínculos que são construídos com estes últimos serviços são mais fortes, no qual as mulheres identificam que podem ter o apoio necessário para o enfrentamento da violência.

Esse achado demonstra o tipo de vínculo que é construído entre a mulher e os profissionais que trabalham com as dimensões mais subjetivas e sociais da mulher. Esse vínculo denota a relação de confiança que é construída com tais profissionais e a sensação de apoio que aí advém quando a mulher se sente contemplada nas demais dimensões de suas vidas e nas suas demandas psicossociais.

Em suma, o que os dados revelam é que a necessidade de se entender a comunicação como algo que está além de uma mera transferência de informação, mas sim como um ato que implica intenções diversas e disposições dos sujeitos no mundo e nas relações que estabelecem. Receber e elaborar a informação promove um processo de desenvolvimento que impacta diretamente nos contextos interacionais dos envolvidos e provoca mudanças nos seus espaços de convivência. No que tange às finalidades da rede de atenção à violência contra as mulheres, assegurar que as informações sejam compartilhadas de forma eficiente entre os sujeitos envolvidos é uma forma de garantir ganhos importantes no que tange à resolução de problemas, à garantia de direitos e ao enfrentamento à violência.

Qualidade e Resolutividade da atenção: repercussões dos fluxos e contra fluxos

O que se observa na rede de atenção aqui estudada é que o tempo que as mulheres levam construindo suas trajetórias na Rede é longo, marcado por idas e vindas aos serviços, fluxos e contra fluxos, e em muitas situações, sofrendo revitimizações ao longo do caminho, sempre que precisam recontar a sua história ou quando procuram novamente o serviço, frente a um novo episódio de violência.

Além de estarem sujeitas a processos de revitimização, na medida em que repetem seus relatos, as mulheres têm que lidar também com várias outras situações desconfortáveis, tais como: o descrédito, a que suas histórias estão sujeitas, que é insinuado nas falas dos operadores dos serviços, através de desencorajamento da decisão da mulher por seguir adiante com o caso; a falta de compreensão quanto às questões da desigualdade de gênero e as manifestações violentas advindas daí, assim como a falta de preparo necessário dos profissionais para o acolhimento e escuta da mulher nas suas demandas e fragilidades manifestas. Por essa razão, a rede de atenção nem sempre tem a confiança das mulheres, o que as leva, muitas vezes, a ter que construir de forma isolada estratégias que venham a minimizar os efeitos da violência, seja de modo a permitir que vislumbrem melhores condições de vida para si (DUTRA, 2013), seja para a construção de trajetórias na rede, frente à falta de apoio e ausência de acompanhamento.

Nas entrevistas realizadas com as usuárias foi perceptível que suas trajetórias refletem a baixa resolutividade dos problemas de violência, assim como a morosidade do processo, que obriga a mulher a repetidas buscas aos serviços. Principalmente no que tange à Justiça, na qual essas buscas contínuas são mais comuns, frente ao não andamento dos casos, não realização das audiências, deixando a mulher à mercê de novos episódios violentos, obrigando-a a nova procura por serviços na tentativa de resolver o seu problema.

A morosidade para resolução dos casos é reflexo também dos fluxos de encaminhamentos e de informação que não são eficientes nessa rede de atenção. Como discutido anteriormente, a falta de informação acerca do caso, dos serviços aos quais recorrer, assim como a ausência de comunicação entre os pontos de apoio, refletem na lentidão para a resolução do problema, colocando a mulher em uma situação de desamparo, descrente e desmotivada para seguir em frente.

Os relatos evidenciam que existe um diferencial de condutas e encaminhamentos quando a mulher se encontra apoiada na rede, rompendo com seu processo solitário, pois encontra em profissionais e serviços que, a rigor, têm mais conhecimento sobre os trâmites legais e sobre os encaminhamentos necessários ao caso, o apoio para assumir as rédeas do acesso aos serviços, de forma a agilizar e efetivar as ações imprescindíveis para a garantia de seus direitos. Assim, as mulheres que acreditam e confiam nas instituições às quais acessam, diminuem a permanência na situação de violência, sua suscetibilidade e severidade, adotando, assim, práticas e comportamentos mais adequados para o enfrentamento à violência. (PARENTE et al., 2009)

É importante destacar que os sentimentos que emergem ao longo de todo o percurso que as mulheres vão construindo na rede terão reflexos na avaliação dos pontos de atenção que consegue acessar. Esses sentimentos estarão em jogo em toda a trajetória percorrida, desde o episódio violento que determina a busca pela ajuda, até as demais tomadas de decisões, os vacilos, os recuos e as incertezas que marcam as trajetórias das mulheres na busca pela resolução do problema. Assim, tais sentimentos em jogo em todo o processo influenciam não apenas a forma como as mulheres avaliarão a atenção recebida, mas também será importante, na medida em que ela constrói os vínculos e as relações por onde passa, para vislumbrar a resolução para o seu problema.

Os sentimentos que a mulher vivencia em decorrência da violência são um misto de insegurança, medo, culpa, raiva, tristeza e indignação. São sentimentos que interferem diretamente na sua tomada de decisão para o rompimento com o ciclo de violência e o acesso à rede de atenção, seja pelo receio de represálias por parte do agressor, pelo descrédito em relação a um fim para o seu problema frente a exemplos que têm conhecimento e que “não dão em nada” ou, até mesmo, por sentimento de culpa, por se sentirem responsáveis pela situação a qual se encontra há tanto tempo.

O medo é o sentimento mais evidente, presente nas falas de todas as participantes do estudo. Este sentimento teve papel decisivo, tanto devido à manutenção da situação de violência ao longo do tempo, como devido à tomada de decisão da mulher frente à gravidade dos episódios e cronicidade da situação conjugal. O medo é um fator importante de controle, opressão e intimidação, que silencia o problema da violência conjugal. (SOUTO; BRAGA, 2009) Esse se articula com diferentes tipos de sentimentos envolvidos em função da agressão,

como baixa autoestima e também esperança de que o marido se arrependa e cesse os comportamentos agressivos. (LEITE; MOURA; PENNA, 2013)

A culpa também é um importante sentimento presente nos relatos. Esta pode estar relacionada ao sentimento de fracasso frente à sustentação no modelo familiar de referência, cuja figura feminina tem papel central como aquela que zela e cuida do âmbito doméstico. Na medida em que algo escapa dessa ordem familiar, cujo modelo referencial tem seus moldes na sociedade patriarcal, recai sobre a mulher a responsabilidade pelo não sucesso da manutenção da ordem e harmonia familiar. Aliada ao sentimento de culpa, o fracasso da ordem familiar está ancorado na sua autoimagem enquanto mulher, o que justificaria a violência em função da centralidade do desejo e do interesse do homem pela mulher.

A gama de sentimentos que emergem da situação de violência interfere tanto na tomada de decisão, como no acesso e nos modos como as mulheres constroem suas trajetórias na Rede. Esses sentimentos envolvidos têm relação também com a qualidade da atenção prestada a essas mulheres, com os modos como são ou não acolhidas e ouvidas em suas demandas e, principalmente, com a expectativa com que vislumbram uma resolução para sua situação violenta. Desse modo, abarcar a dimensão dos sentimentos envolvidos é de suma importância na análise da construção das trajetórias das mulheres na rede.

Considerações finais

É notório que, apesar da existência de serviços públicos voltados para a atenção às mulheres vítimas de violência, um longo caminho ainda precisa ser trilhado para garantir a efetividade e eficácia do funcionamento dos mesmos dentro da lógica do trabalho em rede. O processo de decisão e busca por ajuda é árduo e difícil para as mulheres, de modo que as ações voltadas para elas devem abarcar, para além da atenção, também ações de promoção, prevenção e busca dos casos de violência doméstica. Todos os serviços devem estar preparados e organizados para auxiliá-las no rompimento com as situações de violência, amparando-as e minimizando as dificuldades que elas encontrarão no acesso aos serviços e na resolução do problema.

No trabalho em rede, os fluxos de informação, a comunicação e as pessoas que nela transitam são elementos chave para o seu bom funcionamento.

As informações que aí circulam têm papel primordial nos modos como as mulheres construirão suas trajetórias na rede e na sua tomada de decisão, seja nas condutas que terão que assumir, como nos percursos que terão que escolher. Sendo a rede um espaço para prover atenção do tipo horizontal e com múltiplas portas de entrada, as mulheres devem encontrar no seu interior, em qualquer ponto, a atenção, a valorização, o desenvolvimento e a concretização dos seus direitos. A atuação em rede requer, assim, um determinado modo de funcionamento com os serviços, estabelecendo uma comunicação e uma integração assistencial.

A violência doméstica contra a mulher deve ser entendida como um fenômeno complexo que repercute nos diversos segmentos da sociedade, produzindo ressonância na área dos direitos humanos, da justiça, da economia, da educação, da segurança pública e da saúde, necessitando, portanto, de ações inter-setoriais. Assim, é imprescindível refletir sobre a importância da interdisciplinaridade e multiprofissionalidade no trabalho em rede voltado para a violência doméstica, por considerar que a cooperação deve estar acima da hierarquia das disciplinas e da competição institucional. Ao se lidar com o tema da violência, só será possível alcançar a legitimidade através da argumentação dialógica. Desse modo, a interdisciplinaridade só terá sentido em um terreno no qual os profissionais na atuação em rede possam somar colaborações interinstitucionais e inter-setoriais, com apoio solidário da sociedade civil.

O teor interdisciplinar da atuação em rede convoca a refletir sobre a importância da temática na interface com o campo da saúde coletiva. Localizar a violência contra a mulher no escopo desse campo vai além de pensar o tema como um problema de saúde, para garantir que outros saberes dialoguem acerca do problema, frente à sua complexidade. Para esse estudo, foi necessária a interlocução da saúde coletiva com a ciência da informação e comunicação, interdisciplinaridade necessária como prerrogativa indispensável na pesquisa em saúde coletiva. Isso confere também à pesquisa um caráter político, pois estabelece a relevância social do estudo ao criar subsídios para o fortalecimento das ações e políticas existentes, com o objetivo fim de garantir os direitos, o empoderamento e a emancipação das mulheres, dando condições necessárias para que elas sejam protagonistas de suas próprias vidas.

Referências

- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2010.
- BARRETO, A. de A. Mudança estrutural no fluxo do conhecimento: a comunicação eletrônica. *Ciência da Informação*, Brasília, v. 27, n. 2, 1998.
- BAUER, M. W. Análise de conteúdo clássica: uma revisão. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.
- BRANDÃO, E. R. Renunciando de direitos? A problemática do enfrentamento público da violência contra a mulher: o caso da delegacia da mulher. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 207-231, 2006.
- BRASIL. *Política nacional de enfrentamento à violência contra as mulheres*. Brasília, 2011a.
- BRASIL. *Rede de enfrentamento à violência contra as mulheres*. Brasília, 2011b.
- DANTAS, L. C. N. *Rede de atenção à violência contra a mulher em foco: o lugar dos fluxos de informação e comunicação na construção de trajetórias*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2016.
- D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; SCHRAIBER, L. B. Mulheres em situação de violência: entre rotas críticas e redes intersetoriais de atenção. *Revista Médica*, São Paulo, v. 92, n. 2, abr./jun. 2013.
- DUTRA, M. L. et al. A configuração da rede social de mulheres em situação de violência doméstica. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1293-1304, maio, 2013.
- ENNE, A. L. S. Conceito de rede e as sociedades contemporâneas. *Comunicação e Informação*, v. 7, n. 2, p. 264-273, jul./dez. 2004.
- GOMES, N. P. et al. Rede social para o enfrentamento da violência conjugal: representações de mulheres que vivenciam o agravo. *Texto & Contexto - Enfermagem*, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 316-324, jun. 2015.
- GROSSI, P. K.; TAVARES, F. A.; OLIVEIRA, S. B. A rede de proteção à mulher em situação de violência doméstica: avanços e desafios. *Athena Digital*, v. 1, n. 14, p. 267-280, jul. 2008.

KISS, L. B.; SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. Possibilidades de uma rede intersetorial de atendimento a mulheres em situação de violência. *Interface*, Botucatu, v. 11, n. 23, p. 485-501, 2007.

LEITE, F. M. C.; MOURA, M. A. V.; PENNA, L. H. G. Percepção das mulheres sobre a violência contra a mulher: uma revisão integrativa da literatura. *Avances en Enfermería*, Bogotá, v. 31, n. 2, 2013.

LOIOLA, E.; MOURA, S. Análise de redes: uma contribuição aos estudos organizacionais. In: FISCHER, T. (Org.). *Gestão contemporânea, cidades estratégicas e organizações locais*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1996.

MARTELETO, R. M. Redes sociais, mediação e apropriação de informações: situando campos, objetos e conceitos na pesquisa em Ciência da Informação. *Pesquisa Brasileira em Ciência da Informação e Biblioteconomia*, Brasília, v. 3, n. 1, p. 27-46, jan. 2010.

MENEGHEL, S. N. et al. Rotas críticas de mulheres em situação de violência: depoimentos de mulheres e operadores em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 743-752, abr. 2011.

MENEZES, P. R. M. et al. Enfrentamento da violência contra a mulher: articulação intersetorial e atenção integral. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 778-786, 2014.

MINAYO, M. C. S. (Org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 29 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

MINHOTO, La. D.; MARTINS, C. E. As redes e o desenvolvimento social. *Cadernos Fundap*, n. 22, p. 81-101, 2001.

PARENTE, E. O.; NASCIMENTO, R. O.; VIEIRA, L. J. E. S. Enfrentamento da violência doméstica por um grupo de mulheres após a denúncia. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 445-465, maio/ago. 2009.

RANGEL-S, M. L. *Comunicação e educação em saúde e segurança no trabalho*. Brasília: SESI/DN, 2005. (Especialização a Distância em Segurança e Saúde no Trabalho).

SANTOS, M. A.; VIEIRA, E. M. Recursos sociais para apoio às mulheres em situação de violência em Ribeirão Preto, SP, na perspectiva de informantes-chave. *Interface*, Botucatu, v. 15, n. 36, p. 93-108, 2011.

SCHERER-WARREN, I. Das mobilizações às redes de movimentos sociais. *Sociedade e Estado*, Brasília, v. 21, n. 1, 2006.

SCHRAIBER, L. B. et al. Assistência a mulheres em situação de violência – da trama de serviços à rede intersetorial. *Athenea Digital*, v. 12, n. 3, p. 237-254, 2012.

SCHRAIBER, L. B. et al. *Violência dói e não é direito: a violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos*. São Paulo: Editora da Unesp, 2005.

SOUTO, C. M. R. M.; BRAGA, V. A. B. Vivências da vida conjugal: posicionamento das mulheres. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 62, n. 5, p. 670-674, 2009.

SUGAHARA, C. R.; VERGUEIRO, W. de C. S. Fluxo de informação na perspectiva do ambiente em rede. *Revista Digital de Biblioteconomia e Ciência da Informação*, Campinas, v. 11, n. 2, 2013.

A comunicação de saberes sobre os cuidados infantis na família e nos profissionais de saúde em Portugal

João Paulo Vieira Rodrigues
Natália Ramos

Introdução

Este capítulo apresenta alguns resultados de dois estudos empíricos realizados em Portugal. Um sobre a comunicação das práticas e saberes das avós nos cuidados às crianças, onde foram entrevistadas 17 avós e 17 mães, numa pequena localidade rural do distrito de Santarém (RODRIGUES, 2008) o outro, sobre a importância dos avós na família e sociedade contemporâneas, investigação no âmbito do doutoramento em psicologia intercultural (RODRIGUES, 2014), ambos realizados na Universidade Aberta.

Nesta última investigação, foram entrevistadas 50 famílias nucleares, avós, avôs, pais e mães sendo metade delas, residentes em contexto urbano e metade em contexto rural, num total de 200 entrevistas. Foi utilizada predominantemente, uma metodologia qualitativa, descritiva, exploratória e etnográfica, com recurso à análise de conteúdo. Foi utilizada uma metodologia quantitativa, para a caracterização sociodemográfica dos participantes e na análise de alguns conteúdos, utilizados em complemento com a parte qualitativa.

Os saberes sobre as práticas de maternagem, são transmitidos pelos profissionais de saúde às jovens mães, mas também pelas mães/sogras, cujos

conhecimentos empíricos continuam a ser muito importantes, especialmente nos primeiros meses de vida das crianças.

A solidariedade social e familiar intergeracional e a qualidade dos vínculos afetivos, relacionais e comunicacionais entre as gerações, favorecem o sentimento de segurança e de pertença, a saúde e a qualidade de vida individual e familiar, contribuem para a produção de novas relações, papéis e representações, reforçam a coesão e integração do grupo, promovem diferentes formas de solidariedade intergeracional. (RAMOS, 2005, p 196)

Os cuidados infantis foram praticados predominantemente por mulheres, mas na contemporaneidade, os homens têm desempenhado um papel importante ao cuidarem dos seus filhos e na dinâmica familiar. Apesar de serem tradicionalmente, responsabilidade do género feminino, têm vindo a sofrer alterações no espaço intergeracional, onde se verifica que os homens, avós e pais, participam cada vez mais nesses cuidados. (RAMOS, 1993, 2003, 2004a; 2004b, 2005, 2012)

A cultura está intimamente ligada às etnoteorias, às crenças e ideias sobre saúde, onde a transmissão de saberes adquire especial importância, nos cuidados às crianças por parte das mães.

Os cuidados à criança, as práticas de maternagem e os estilos interativos inscrevem-se, pois, num conjunto de tradições, de representações culturais, enraizadas no contexto histórico-cultural de cada sociedade, e de técnicas do corpo, incorporadas muito cedo pela criança, constituindo um domínio complexo, onde interagem a dimensão pessoal e fantasmática dos indivíduos e a dimensão social e cultural dos grupos humanos. (RAMOS, 2004b, p. 150)

O conceito de saúde é hoje um conceito alargado, que abrange não só a ausência de doença, mas engloba uma visão sistémica do indivíduo e a sua interação com o ambiente. Ramos (2004a) cita O´Donnell (1986) que engloba o conceito de saúde em várias dimensões: a saúde emocional, a saúde intelectual, a saúde social, a saúde espiritual e a saúde física.

A informação dada sobre os cuidados infantis, durante o período gestacional, que em Portugal inclui um programa denominado “Preparação para o parto”, normalmente realizado por profissionais de enfermagem, inclui, além da informação sobre o parto em si, práticas sobre cuidados ao bebé, mas que se revelam insuficientes para as mães e que ficam aquém das expectativas e necessidades.

Nos primeiros tempos de vida, é a família, particularmente os pais e os avós, os mais bem colocados para fornecer à criança o apoio, o reconforto, a proteção e a segurança emocional necessárias à saúde e desenvolvimento psíquico, físico, de socialização e aprendizagem, através de rotinas diárias e cuidados repetidos.

O nascimento do primeiro filho revela-se um desafio para as jovens mães, que cuidam pela primeira vez de uma criança, sendo um fator de stress e ansiedade, atenuado muitas vezes pelas avós e algumas vezes, pelos profissionais de saúde.

Analisaremos seguidamente quais são os saberes considerados mais importantes para as mães, aqueles que são transmitidos intergeracionalmente pelas suas mães/sogras e os que são transmitidos pelos profissionais de saúde.

Cuidados infantis: práticas de maternagem

As práticas de maternagem em Portugal apresentam influências entre práticas existentes em culturas africanas, asiáticas e da América Latina e nos países do norte da Europa. Enquanto as primeiras dão ênfase ao contacto físico e comunicação corporal, as segundas dão ênfase à comunicação visual e verbal.

Em Portugal, é habitual embalar as crianças, falar com elas, ou cantar-lhes canções para adormecerem, acalmarem e como meio de comunicação (RAMOS, 2004, 2008) Essa riqueza e diversidade comunicacional permite um desenvolvimento psicoafectivo harmonioso do recém-nascido, porque estimula todos os órgãos dos sentidos, ao mesmo tempo que cria laços fortes entre os cuidadores e as crianças, facilitando o processo de socialização, de desenvolvimento e comunicacional. Mas, sentem-se as mães aptas a cuidarem dos seus filhos apenas com os conhecimentos transmitidos pelos profissionais de saúde?

Quadro 1 - Transmissão de saberes sobre cuidados infantis

Tema	Categoria	Sub-categoria	Nº de unidades de registo
Cuidados infantis	Semelhanças/diferenças entre os ensinamentos dados pelas mães/sogras e pelos profissionais de saúde	Iguais	6
		Diferentes	9
Cuidados infantis	Semelhanças entre os ensinamentos realizados pelas mães/sogras e os profissionais de saúde	Alimentação	2
		Banho	1
		Maneira de amamentar	1

Quando questionámos as mães sobre as semelhanças/diferenças entre os saberes transmitidos pelos profissionais de saúde e pelas mães/sogra, verificámos pela análise do Quadro 1 que algumas mães referiram que eram iguais, mas a maioria referiu que eram diferentes. No entanto, podemos salientar que as semelhanças eram relativas ao banho, à alimentação e ao modo de amamentar, especialmente no posicionamento da mãe e do bebé como está ilustrado nos testemunhos que iremos apresentar.

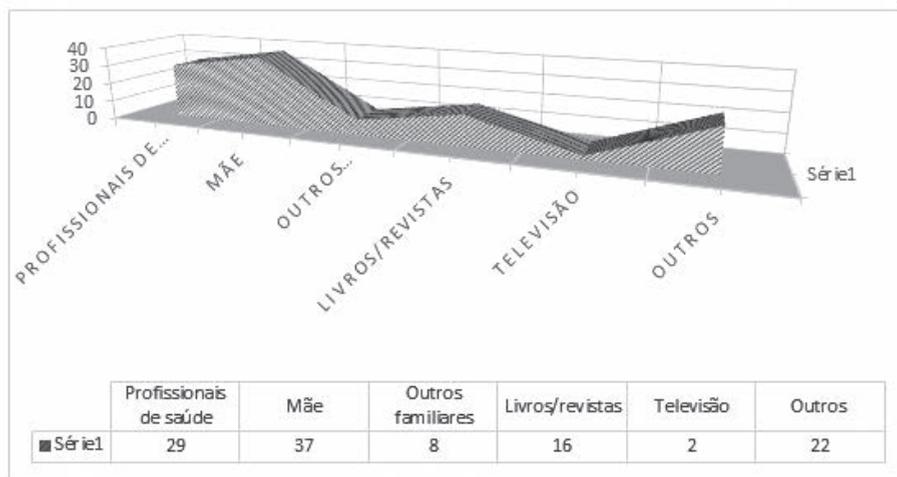
Não, eu não achei. Talvez por a minha mãe já ter tido uma criança pequena em casa eu não achei que houvesse assim muita diferença. Quando o pediatra me transmitiu, olhe as sopas têm de ser feitas desta ou daquela maneira, a minha mãe já sabia. Ainda agora desta mais pequena, eu estava a fazer a sopa e a minha mãe disse-me, olha lá, a sopa não tem de levar um fiozinho de azeite? Ah, realmente tem. Portanto não houve assim uma grande divergência entre uns ensinamentos e outros (M12).

A parte toda da higiene dela, de lhe dar o banho, ela fazia exatamente da mesma maneira que elas me ensinaram na maternidade. Eu acho que elas (as avós) adaptam-se sempre e há ideias delas que ficam sempre, mas elas fazem da mesma maneira que me disseram para fazer (M7).

A evolução das práticas de maternagem, modificaram-se no espaço intergeracional, mas algumas mantêm-se inalteradas devido aos saberes empíricos que as tornaram eficazes. O acalantar, o cantar para adormecer, o posicionamento do bebé no berço, as práticas de conforto, advêm de uma transmissão familiar cultural passada de geração em geração e onde as mães depositam inteira confiança nas avós, aprendendo com elas a maneira de acalmar o choro do bebé ou de analisar qual o seu estado de saúde através do seu comportamento ou tipo de choro. A individualidade de cada bebé é cuidadosamente estudada pelas avós e pelas mães, comparando aos comportamentos dos seus filhos ou dos seus irmãos.

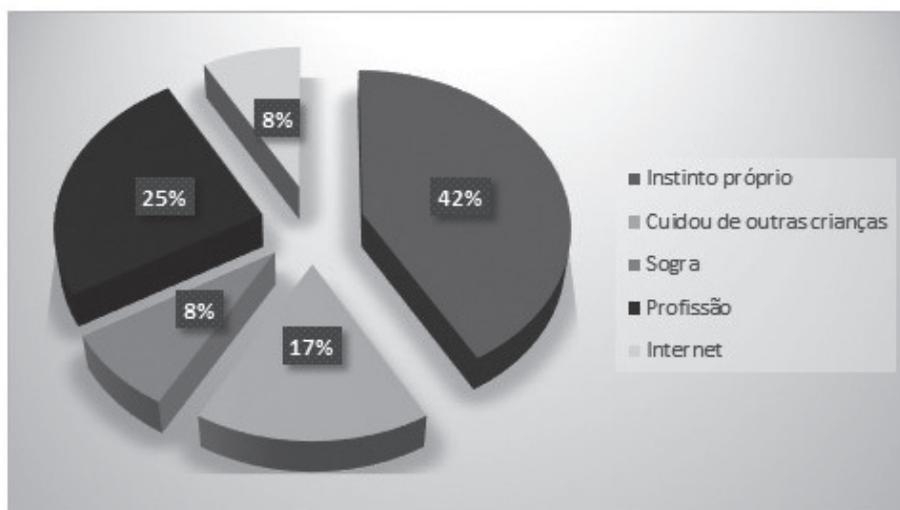
Pela observação do Gráfico 1, pudemos verificar que a maioria das mães obteve conhecimentos sobre cuidados infantis, através designadamente: da transmissão de saberes dados pelas suas mães, ou seja, pelas avós; seguindo-se os profissionais de saúde; e por fim, livros, revistas, outros familiares e televisão. Foram entrevistadas 50 mães, sendo 25 em contexto rural e 25 em meio urbano.

Gráfico 1 - Onde as mães obtiveram conhecimentos para cuidar dos seus filhos



Fonte: elaborado pelos autores.

Gráfico 2 - Outros locais onde as mães obtiveram conhecimentos para cuidar dos seus filhos



Fonte: elaborado pelos autores.

Das 22 mães que referiram o item “outros”, 42% referem o instinto materno, ou seja, cuidaram dos seus filhos sozinhas, sem outras ajudas, 25% eram profissionais de saúde o que foi facilitador, 17% já tinham cuidado de outras crianças antes de serem mães e 8% referiram a ajuda da sogra e dos conhecimentos obtidos na internet.

Através dos dados obtidos, podemos afirmar que para as mães, os saberes obtidos através da transmissão pelas mães e pelas suas sogras, têm mais importância do que os saberes adquiridos pelos profissionais de saúde. A presença das avós junto dos netos, revela-se de muita importância para as mães.

Quadro 2 - Importância dos saberes transmitidos pelas avós

Tema	Categoria	Subcategoria	Nº unidades de registo
Cuidados infantis	Importância dos saberes da mãe/ sogra para as mães rurais	Ensinar a cuidar dos bebés e das crianças	18
		Transmitiram calma	6
		Complementaram os saberes	5
		Pouca importância	2
	Importância dos saberes da mãe/ sogra, para as mães urbanas	Manter a calma	16
		Cuidar das crianças	12
		Pouca importância	5

Fonte: elaborado pelos autores.

Segundo as mães que viviam em contexto rural e urbano, foi-lhes transmitido pelas suas mães como cuidar das crianças e como acalmar os bebés, saberes que foram um complemento aos saberes adquiridos pelos profissionais de saúde. Apenas duas mães que viviam em meio rural referiram que esses saberes não tiveram nenhuma importância e 5 mães que viviam em contexto urbano expressaram o mesmo.

Ah, aprendi como cuidar delas e tratar delas, como se deve tratar uma criança normalmente, os cuidados a ter com os filhos, desde o banho até ao comer, até vestir, calçar e pôr a dormir (Mãe rural 4).

Outra maneira de tratar, é não entrar em pânico, de estar logo os dois ao mesmo tempo a chorar ou os dois ao mesmo tempo a comer, ter um bocadinho de calma, principalmente tentar conversar com um, enquanto estou a

tratar do outro. Acho que foi isso, a maneira como elas nos ensinaram a tratar deles com calma e aqueles ensinamentos que elas nos vão transmitindo, que é às vezes difícil de falar, mas que é importante guardar (Mãe rural 7).

Sim, basicamente porque nós, especialmente o primeiro filho, sentimo-nos absolutamente perdidos, achamos que tudo vai cair, estamos em pânico não é? Qualquer coisa que eles tenham e pronto, elas como passaram, ajudam-nos a cuidar e auxiliar e a não entrar em pânico e achar tudo normal. Nós achamos tudo especialmente pelos primeiros, passámos ali por uma situação complicada, achámos que vai cair o mundo. Só quando chegámos à Estefânia (hospital infantil) é que achámos que o nosso mundo afinal não ia cair, havia situações um bocadinho mais complicadas, mas pronto, eles foram um apoio muito grande, para suportar isto tudo (Mãe urbana 6).

Aprendi a cuidar dos meus filhos. Foi ela (mãe) que me ensinou a lavar, a vestir, a pegar ao colo, a dar de mamar, a distinguir o choro, se chorava porque tinha fome, ou se chorava porque tinha dores, ensinou-me tudo (Mãe urbana 21).

Querendo ainda aprofundar um pouco esta problemática, questionámos as mães, sobre as principais semelhanças/diferenças, entre os saberes transmitidos pelas suas mães/sogras e pelos profissionais de saúde.

Quadro 3 - Cuidados Infantis, Família e Profissionais de Saúde

Tema	Categoria	Subcategoria	Nº unidades de registo
Cuidados infantis	Semelhanças/ diferenças entre os saberes adquiridos pelos serviços de saúde e pela mãe/sogra, segundo as mães rurais	Diferentes na atuação das doenças	6
		Diferentes nos cuidados ao umbigo	2
		Iguais na alimentação	14
		Iguais no vestuário	7
		Iguais em tudo	4
	Semelhanças/ diferenças entre os saberes adquiridos pelos serviços de saúde e pela mãe/sogra, segundo as mães urbanas	Diferentes em tudo	7
		Complementam-se	12
		Iguais em tudo	6

Pela análise do Quadro 3, são mais as semelhanças do que as diferenças. Apenas diferem na atuação perante a doença da criança, nos cuidados ao umbigo e 7 mães que vivem em meio urbano referiram que as indicações de saberes eram muito diferentes.

Quadro 4 - Atualidade dos saberes familiares

Tema	Categoria	Subcategoria	Nº unidades de registo
Cuidados infantis	Os saberes da mãe/sogra são ou não atuais para as mães rurais	São diferentes	7
		São atuais	12
		Estão desatualizados	3
		Desatualizados na alimentação	3
	Os saberes da mãe/sogra são ou não atuais para as mães urbanas	Estão atuais	17
		Os da mãe são atuais, os da sogra não	2
		São desatualizados	6

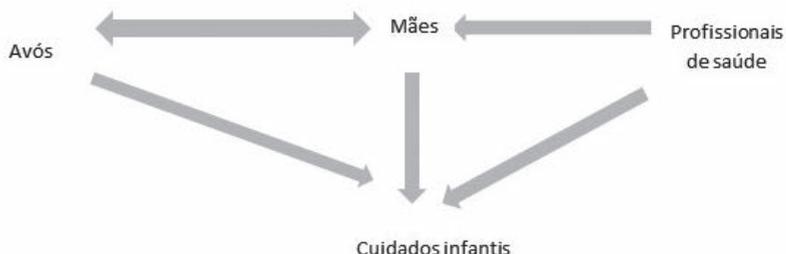
Fonte: elaborado pelos autores.

Questionando também se esses saberes familiares são atuais ou não, a maioria refere que estão atualizados e apenas 3 mães que vivem em contexto urbano e 6 mães que vivem em contexto rural, referem que estão desatualizados.

Assim, continuamos a observar que para as mães, as avós são um apoio importantíssimo para os cuidados às crianças, cujas práticas se mantêm na maioria das vezes atualizadas, mas as avós aprendem rapidamente a atualizar-se em situações pontuais. As indicações dadas pelos profissionais de saúde, são na maioria das vezes, transmitidas pelas mães às avós, para que estas cumpram e se atualizem. As avós servem de mediadoras para os saberes intergeracionais que transmitem e aqueles que recebem por parte das suas filhas/noras adquiridos pelos profissionais de saúde.

Através dos resultados obtidos, elaboramos o seguinte esquema, que ilustra a direccionalidade da transmissão de informações e saberes sobre os cuidados infantis. Observamos apenas a bidireccionalidade entre avós e mães, devido ao facto destas por vezes, informarem e instruírem as avós cuidadoras, com as indicações dos profissionais de saúde, nomeadamente pediatras.

Figura 1 - Transmissão de saberes sobre cuidados infantis



Fonte: Rodrigues (2014).

Os diferentes cuidados ao bebê, nomeadamente, o banho, a toilette, as massagens, a amamentação, o adormecimento, constituem os primeiros gestos sobre o seu corpo, são ocasião para o bebê de numerosas e ricas interações e estimulações, sendo também ocasião para a mãe e o pai exprimirem sentimentos e emoções e expressarem as suas competências parentais. (RAMOS, 2004)

Prieur (1999, p. 26) refere ainda:

Somos portadores dessa herança nos nossos genes, assim como nos saberes e tradições que ao longo dos séculos passam de pai para filho, de mãe para filha. É por intermédio dessa herança que pertencemos a uma nação, a uma cultura profissional, social, religiosa. Somos ricos de conhecimentos, de competências, de aptidões, que poderão ser desenvolvidos.

As etnoteorias sobre cuidados infantis, influenciam a maneira de cuidar das crianças, através da transmissão intergeracional de crenças e saberes empíricos. Para as mães, os saberes intergeracionais transmitidos pelas suas mães, complementam os saberes transmitidos pelos técnicos de saúde, tal como referido anteriormente, mas irão mais tarde também dar continuidade às suas filhas ou noras, transmitindo esses saberes, evidenciando assim a transmissão intergeracional, mas também a evolução das práticas de cuidados, adaptadas à evolução socio/cultural e às características em que as famílias estão inseridas. (RODRIGUES, 2014)

Ferland (2006, p. 25) salienta também que

[...] os avós podem ter uma influência sobre o neto em diferentes aspectos. Transmissores da memória e das tradições familiares contribuem, para reforçar as raízes identitárias do neto; servem também de «correias de transmissão» para as tradições valores e conhecimentos. Além disso, oferecem à criança uma preciosa fonte de afeto.

Perante estes pressupostos, existem novos desafios para os profissionais de saúde, que são responsáveis pela informação e comunicação de saberes sobre cuidados infantis às futuras mães e pais, de maneira a que fiquem aptos a serem cuidadoras e cuidadores autónomos, tomando decisões responsáveis sobre a saúde e cuidados dos seus filhos.

Os recursos de saúde contemporâneos sofreram uma evolução significativa no espaço intergeracional, desde os avós até aos netos de hoje apesar de já existirem muitos deles na época dos pais de hoje.

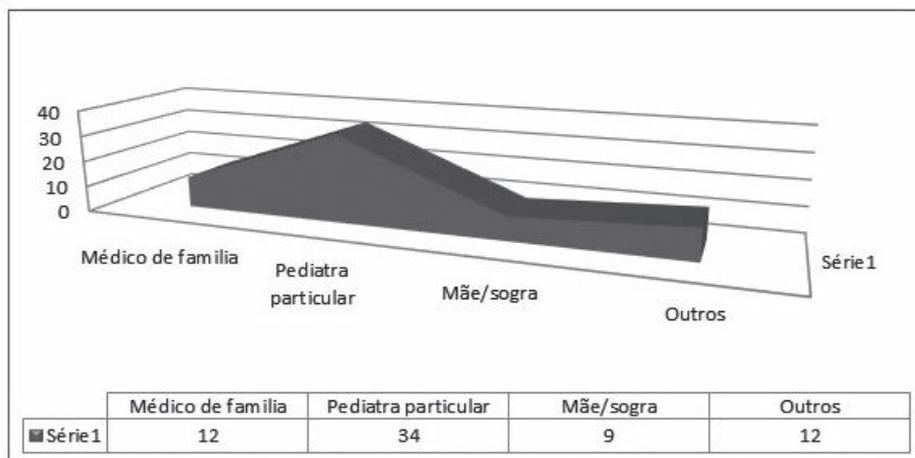
Sugerimos algumas ações pertinentes para tornar a comunicação sobre saúde infantil mais adequada e eficaz por parte dos profissionais de saúde.

- Identificar as relações familiares, em particular sobre a proximidade dos elementos da família que possam ser um recurso de ajuda às futuras mães, nomeadamente as avós.
- Incluir esses elementos nos ensinamentos e na preparação para o parto, nomeadamente o pai e as avós, especialmente as avós maternas, que normalmente estão mais presentes. Nas pessoas de etnia cigana, habitualmente as jovens mães vão viver para casa das suas sogras, pelo que serão as avós paternas as escolhidas para esses ensinamentos.
- Ter em atenção as etnoteorias e crenças sobre saúde, adaptando os ensinamentos com os saberes empíricos transmitidos através das gerações, com a cultura dos intervenientes e com os recursos económicos familiares.
- Fazer uma apreciação sobre as diferenças apresentadas, entre os cuidados infantis experienciados pelas avós e os preconizados na atualidade, para que ambos se complementem e não sejam causa de dúvida, insegurança, stresse, angústia e ansiedade para as jovens mães.

As necessidades das mães em relação ao saber cuidar de crianças, situam-se na fase de latência dos seus filhos, especialmente nos primeiros dias e meses e é mais acentuada no primeiro filho. (RAMOS, 1993, 2003, 2004; RODRIGUES 2014)

Em caso de doença dos seus filhos, as mães recorrem predominantemente ao profissional de saúde especialista tal como iremos observar de seguida.

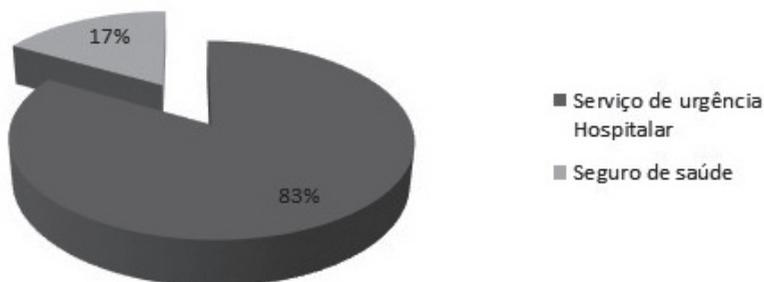
Gráfico 3 - Recursos de saúde das mães em caso de doença dos filhos



Fonte: elaborado pelos autores.

Pela análise do Gráfico 3, constatamos que a maioria das mães (34) recorre ao pediatra particular. Salientamos que este profissional de saúde, não está disponível nos cuidados de saúde primários em Portugal. A seguir vem o médico de família, ou seja, recorrem ao Centro de Saúde ou Unidades de Saúde Familiar, (12). A mãe ou a sogra constituem igualmente um recurso importante (9).

Gráfico 4 - Outros recursos de saúde das mães



Fonte: elaborado pelos autores.

Neste item “outros” constatamos que as mães em caso de doença, recorrem ao serviço de urgência pediátrica (83%) e apenas (17%) recorre a consultas com médico pediatra, abrangidas por um seguro de saúde, pago mensalmente, normalmente numa instituição de saúde privada.

Quadro 5 - Quadro referente aos recursos de saúde utilizados pelas mães

Tema	Categoria	Subcategoria	Nº unidades de registo
Cuidados infantis	Recursos de saúde utilizados pelas mães rurais	Urgência hospitalar	12
		Pediatra particular	16
		Centro de Saúde	5
	Recursos de saúde utilizados pelas mães urbanas	Centro de Saúde	2
		Seguro de saúde	2
		Urgência Hospitalar	14
		Pediatra particular	18

Fonte: elaborado pelos autores.

Em relação aos recursos utilizados pelas mães, temos alguns testemunhos de que salientamos:

Eu costumo recorrer ao pediatra porque, pronto, parece que estou mais segura. Normalmente recorro sempre a um pediatra, porque acho que estou mais segura do que recorrer aqui ao Centro de Saúde, no médico de família, porque acho que um pediatra tem muito mais a ver com uma criança. Não quer dizer que estes não saibam, mas eu sinto-me mais segura com um pediatra do que com o nosso médico de família, recorro sempre ao pediatra, normalmente (Mãe rural 4).

Se tenho algum problema de saúde, embora seja funcionária pública, tenho que recorrer ao pediatra e tenho que pagar como tal, não é? Para além disso, recorro ao serviço de urgência, como a maioria das pessoas que não têm médico de família, pela brevidade, pelos conhecimentos que tenho lá, não é, e pela facilidade com que nós nos dirigimos ao serviço de pediatria (Mãe urbana 5).

Quando questionámos as mães sobre se os recursos de saúde eram ou não eficazes e suficientes, obtivemos os seguintes resultados que apresentamos no Quadro 6.

Quadro 6 - Serviços de saúde e cuidados infantis

Tema	Categoria	Subcategoria	Nº unidades de registo
Cuidados infantis	Os serviços de saúde na comunidade rural são ou não suficientes	Insuficientes	3
		Não tem razão de queixa	9
		Deviam dar uma resposta mais rápida	14
	Os serviços de saúde na comunidade urbana são ou não suficientes	Suficientes	5
		São suficientes, mas têm maus funcionários	2
		Não dão resposta adequada	18

Fonte: elaborado pelos autores.

Pela análise do Quadro 6, pudemos constatar que a maioria das mães está insatisfeita com os recursos de saúde. Apenas 9 mães que vivem em contexto rural referem não ter razão de queixa, e 5 mães que vivem em contexto urbano, referem que são suficientes.

Não, não são nada suficientes, nada suficientes. O Centro de Saúde cada vez está a dar menos resposta. O meu filho está doente, tenho de ir para lá às tantas da manhã e não consigo apanhar consulta, tenho que me virar para a urgência. Quando chego à urgência, às vezes faço-me preocupada, tenho que recorrer mesmo para Santarém, tenho que ir mesmo à pediatria para Santarém, tem mesmo de ser. [...] Não, já deixaram de ter essa prioridade, mesmo uma criança agora de cinco anos, que é o caso desta mais pequenina, tenho que ir para lá às seis da manhã ou o pai, apanhar consulta, porque já não têm essa valia que dantes tinham e agora já não têm. (Mãe rural 7).

Se o meu filho estiver doente, eu não posso ficar à espera de uma consulta no Centro de Saúde para ele. Se tivéssemos consulta, nem que fosse no dia a seguir, mas as coisas estão mal organizadas e só se houver desistências e para isso, temos de ir para lá muito cedo. Por isso é que eu só uso para fazer as vacinas, mas praticamente para mais nada (Mãe urbana 14).

Constatamos, então, que para as mães na contemporaneidade, o médico pediatra é o profissional de saúde mais utilizado, devido à segurança que transmite, apesar de não ser um recurso gratuito. Os cuidados de saúde primários apesar da sua gratuidade, não transmitem segurança às mães e não dão uma resposta adequada às suas necessidades, nomeadamente às doenças de instalação súbita. O pediatra particular dá uma resposta imediata tal como os serviços de urgência hospitalares, apesar de muitas situações carecerem de emergência. O papel das avós em caso de doença dos seus netos remete-se à vigilância e ao cumprimento escrupuloso das indicações dadas pelos médicos. Tomando parte ativa no processo de saúde/doença, as avós servem de mediadoras entre os profissionais de saúde e as mães. Alguns saberes empíricos sobre cuidados praticados outrora aos seus filhos, em situações de doenças semelhantes, irão ser novamente postos em prática, especialmente no alívio de alguns sintomas, devido à sua eficácia empírica.

As mães desejam uma resposta mais rápida dos recursos de saúde, especialmente aqueles que são gratuitos, em caso de doença dos seus filhos. Apesar do acompanhamento realizado nos programas de saúde infantil, nos cuidados de saúde primários, ser considerado eficaz, nomeadamente na vacinação, na evolução estado/ponderal da criança e na prevenção, as mães continuam a preferir a visita ao médico pediatra como complemento aos cuidados anteriores.

Sendo as avós o elemento da família presente em todo o desenvolvimento dos seus netos, deveriam acompanhar os mesmos nas consultas, de maneira a adquirir saberes para cuidarem dos seus netos, sempre que as mães ou pais não possam estar presentes, dando uma resposta mais eficaz em caso de doença. Os profissionais de saúde devem ter em conta as etnoteorias, as crenças culturais e representações sobre saúde existentes, de modo a que a criança seja vista como um sistema complexo socio/bio/cultural e não apenas na sua dimensão biológica.

Conclusão

Verificamos que a procura e transmissão de saberes sobre cuidados infantis têm diversas proveniências. Podem ser transmitidos através das gerações pelos membros da família, apesar da questão do género ter ainda demasiada importância, pois os cuidados ainda são na maioria das vezes praticados e transmitidos

pelos elementos do sexo feminino, pelos profissionais de saúde e através de informação dada com recurso aos novos meios audiovisuais, nomeadamente aos media e internet. Verifica-se, no entanto, um maior envolvimento dos homens, pais e avôs, especialmente nos casais mais jovens. (RAMOS, 2004, 2005; RODRIGUES, 2014)

A informação e a comunicação dadas pelos profissionais de saúde das diversas instituições, quer os que trabalham em serviços públicos, quer privados, deverão ser claras e não divergentes nas orientações e ações de atuação. Verificam-se ainda algumas contradições e diferenças em relação a alguns procedimentos familiares e orientações dos profissionais de saúde, o que pode causar alguma confusão, angústia e stresse nos cuidadores. Os pediatras particulares são considerados como dando respostas satisfatórias às mães, mas nem todas as famílias têm possibilidades económicas para recorrer a estes profissionais. O ideal seria a inclusão desses profissionais nas unidades de saúde na comunidade, como complemento das consultas de saúde infantil, assim como enfermeiros especialistas em saúde infantil e pediátrica.

No entanto, as avós continuam a ter um papel muito importante no cuidar das crianças e na transmissão dos seus saberes empíricos. Estes saberes ajudam a diminuir o stresse das jovens mães, apesar de nalguns aspetos, necessitarem de ser atualizados, pois os cuidados e os recursos de saúde infantis evoluíram significativamente no espaço intergeracional. Por isso, incluir as avós na preparação para o parto, se possível, será facilitador para as jovens mães, especialmente com o nascimento do primeiro filho.

Também os ensinamentos realizados pelos profissionais de saúde, após o nascimento das crianças, deverão ser partilhados pelas avós, que ainda constituem um importante recurso para as mães que trabalham, sendo as principais cuidadoras nos primeiros meses de vida dos bebés, até estes poderem ir para uma creche ou infantário.

As avós cuidadoras, deveriam acompanhar os seus netos às consultas de saúde sempre que possível.

Neste estudo, a maioria das mães referiu que as avós são as pessoas de confiança para cuidarem dos seus filhos, quer pelos saberes, quer pelo afeto que dão aos seus netos, aspetos muito importantes no desenvolvimento psicossocial da criança, na sua saúde e na sua socialização.

A uniformização da informação deverá constituir uma preocupação para os profissionais de saúde, devendo incluir as etnoteorias de saúde e as

especificidades culturais, especialmente nas minorias étnico-culturais, que têm inúmeras particularidades culturais que deverão ser analisadas e tidas em conta, construindo depois uma informação adequada, para que os cuidados infantis sejam eficientes e culturalmente adaptados.

Por exemplo, é importante o profissional de saúde incluir as avós paternas numa família de etnia cigana, nos ensinamentos sobre cuidados à criança, pois serão estas avós que irão supervisionar os cuidados das jovens mães, segundo as normas que lhes foram transmitidas, fazendo cumprir o que lhes foi ensinado, ao mesmo tempo que colocam em prática os seus conhecimentos empíricos, transmitidos de geração em geração, não descurando as suas raízes culturais.

A diversidade cultural pode por vezes originar conflitos, ansiedade e dificuldades nas famílias e profissionais de saúde, devido a representações, práticas e valores contrários, ou seja, a contradições e diferenças entre concepções sobre saúde e doença que passam de geração em geração e os conhecimentos da medicina moderna. (RAMOS, 1993, 2003, 2004) Os saberes empíricos demonstrados pela sua eficácia na resolução de problemas podem opor-se ao conhecimento científico, baseado em orientações e prescrições que podem contrariar algumas práticas culturais e familiares. Também a melhoria de recursos poderá contribuir para que deixem de ser usados apenas recursos naturais, introduzindo-se igualmente recursos farmacológicos. No entanto, nos cuidados específicos ao recém-nascido e às crianças, a herança familiar e cultural dos progenitores tem ainda muita influência, na maneira como se cuida no dia-a-dia. Alia-se a medicina moderna com as práticas ancestrais de maternagem e ambas se complementam, na garantia de um crescimento saudável e harmonioso da criança.

Referências

FERLAND, F. *Os avós nos dias de hoje: prazeres e armadilhas*. Lisboa: Edições CLIMEPSI, 2006.

PRIEUR, B. Que recebemos da família? In: PRIEUR, B. (Coord.). *As heranças familiares*. Lisboa: CLIMEPSI editores, 1999. (Coleção Sistemas, Famílias e Terapias).

RAMOS, N. *Maternage eu milieu portugais autóctone et immigré. De la tradition à la modernité. Une étude ethnopsychologique*. 1993. 748 f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Universidade Rene Descartes, Paris, 1993.

RAMOS, N. Comunicação, cultura e interculturalidade: para uma comunicação intercultural. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, Coimbra, Ano 35, n. 2, 2001.

RAMOS, N. Educação, saúde e culturas: novas perspectivas de investigação e intervenção na infância. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, Coimbra, Ano 36, n. 1/3, p. 463-487.

RAMOS, N. Etnoteorias do desenvolvimento e educação da criança. A perspectiva intercultural e preventiva. In: PIRES, C. et al. (Coord.). *Psicologia, sociedade e bem-estar*. Leiria: Editora Diferença, 2003.

RAMOS, N. *Psicologia clínica e da saúde*. Lisboa: Universidade Aberta, 2004a

RAMOS, N. A família nos cuidados à criança e na socialização precoce em Portugal e no Brasil. In: COVA, A.; RAMOS, N.; JOAQUIM, T. (Org.). *Desafios da comparação: família, mulheres e género em Portugal e no Brasil*. Oeiras: Celta Editora. 2004b.

RAMOS, N. Relações e solidariedades intergeracionais na família: dos avós aos netos. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, Coimbra, v. 39, n. 1, p. 195-216, 2005.

RAMOS, N. Comunicação e interculturalidade nos cuidados de saúde. *Psychologica*, Coimbra, n. 45, p. 147-169, 2007.

RAMOS, N. Interculturalidade e comunicação nos cuidados de saúde. In: RAMOS, N. (Org.). *Saúde, migração e interculturalidade*. João Pessoa: EdUFPB, 2008. p. 97-132.

RAMOS, N. Migração, maternidade e saúde. *Reportório, Teatro e Dança*, Salvador, Ano 15, n. 18, p. 84-93, 2012.

RODRIGUES, J. P. *Práticas e saberes das avós no cuidar das crianças: uma abordagem intergeracional e intercultural*. 2008. 332 f. Dissertação (Mestrado em Comunicação em Saúde) - Universidade Aberta, Lisboa, 2008.

RODRIGUES, J. P. *Os avós na família e sociedade contemporâneas: uma abordagem intercultural e intergeracional*. 2014. 489 f. Tese (Doutorado em Psicologia Intercultural) - Universidade Aberta, Lisboa, 2014.

SILVA, A. M. A colaboração dos avós na educação dos netos. *Interfaces Científicas – Educação*, Aracaju, v. 1, n. 1, p. 67-75, out. 2012.

Anúncio da deficiência da criança. Experiências vivenciadas pelas famílias e melhoria de procedimentos profissionais

Joaquim Gronita
Natália Ramos

Introdução

Independentemente do seu lugar na fratria, o nascimento de uma criança implica sempre a readaptação dos que a rodeiam, principalmente uma readaptação no seu sistema familiar.

Pensar a família como um sistema, com subsistemas, requer a análise das interações intrafamiliares, da família com o exterior e dos recursos internos e externos da família, numa complexidade de relações, que enquadram e readaptação acima referida. (ALARCÃO, 2000; GRONITA, 2008a; SANTOS, 2007)

O conceito e estatuto de família foram evoluindo ao longo dos séculos. (BARROS, 2002) No século passado, registaram-se aceleradas transformações sociais que induziram mudanças a todos os níveis da estrutura societal, o que se repercutiu na evolução do conceito de família, na sua estrutura, dinâmica, organização interna e funções/papeis (e.g., CORNWELL; KORTELAND, 1997; GLEITMAN; REISBERG; FRIDLUND, 2014; GRONITA, 2008a, 2014), logo, com consequências ao nível do processo readaptativo acima mencionado.

Hoje, de uma forma geral, as famílias são mais pequenas, com menos filhos, e o conceito de família deixou de estar exclusivamente associado ao casal e aos seus

descendentes. Aumentaram as famílias monoparentais e surgiram novas configurações familiares. A diversidade familiar passou a ser uma das características das famílias contemporâneas. (e.g., CORNWELL; KORTELAND, 1997; INE, 2014)

Porém, apesar do menor peso estatístico, o casal continua a ser a forma predominante de organização familiar, principalmente no que se refere aos casais com filhos. (INE, 2014) Ou seja, continua a ser predominante o número de crianças que nascem da relação de pais biológicos, que constituíram família. Assim, aprofundar conhecimentos sobre este tipo de famílias mantém-se atualizado e pertinente. O estudo do subsistema parental, que inclui as relações entre pais e filhos, tem requerido o nosso particular interesse, em especial a relação na tríade mãe-pai-filho. Nesta tríade, a experiência subjetiva, relacional e emocional vivenciada nos primeiros momentos e os processos comunicacionais ocorridos parecem contribuir para a qualidade da relação e dos vínculos estabelecidos. (GRONITA, 2008a, 2008b; RAMOS, 1987, 2004a)

O acesso à informação e ao conhecimento promovido pela sociedade da informação são hoje uma realidade e sinónimo de desenvolvimento. Se bem que esta acessibilidade, o domínio potencial da informação e a utilização das novas tecnologias constituam um potenciador para a inclusão social da pessoa com deficiência (SILVA; PESTANA, 2006), este novo paradigma de desenvolvimento parece ainda não ajudar os adultos que rodeiam uma criança que nasce com algum tipo de deficiência. As pessoas que a rodeiam, família (HAVERMANS et al., 2015) e outras pessoas da rede de suporte social informal, sentem-se perdidas, não sabem o que fazer, nem como lidar com a situação. (GRONITA, 2008a, 2008b; RAMOS, 1987)

Paralelamente a esta desorientação, o impacto emocional é intenso (HAVERMANS et al., 2015; LILLO, 2014) e os membros da família deparam-se com uma grande dificuldade de readaptação e de reorganização das relações interpessoais no seio familiar. (LILLO, 2014) A experiência subjetiva vivenciada nestas situações parece contribuir, de maneira positiva ou negativa, para o processo de aceitação da deficiência da criança. Este impacto não se limita ao subsistema parental, repercutindo-se no sistema familiar, como um todo, nos outros subsistemas e, individualmente, em cada um dos membros da família, nuclear e alargada.

Assim, este texto resulta de uma análise teórico-conceptual e empírica sobre o anúncio da deficiência da criança, mais precisamente sobre o impacto e significado desta informação ao nível parental e familiar. Desenvolvemos, assim,

um tema muito pertinente na área da comunicação em saúde em contexto clínico, dos cuidados de saúde e no domínio da intervenção precoce na infância, procurando esclarecer as condições, os momentos e a facilitação e melhoria da relação e comunicação entre famílias e profissionais e, conseqüentemente, promover o bem-estar psicológico das famílias e conseqüentemente das crianças. A comunicação em saúde ao ter como objetivos a qualidade e a humanização dos cuidados de saúde, a adaptação psicológica à doença e a redução do sofrimento e ansiedade do indivíduo e da família, bem como, o desenvolvimento de competências teóricas, metodológicas e instrumentais aplicáveis nos diferentes domínios da saúde, nomeadamente em contexto clínico (RAMOS, 2004a), poderá dar um contributo valioso neste âmbito.

Vivência emocional do anúncio e processo de adaptação

Começamos por analisar as dificuldades em lidar com a situação e a intensidade da experiência subjetiva acima mencionados por referência ao modelo tridimensional descrito por Estienne (2004), que explica a influência mútua e dialética entre cognição, emoção e ação. Segundo este modelo, as minhas emoções, positivas ou negativas e com maior ou menor grau de intensidade, vão influenciar o meu pensamento e vice-versa. E o que eu penso, o meu sistema de pensamentos – o que eu me digo, desencadeia a minha maneira de agir. O que eu faço também influencia o meu pensamento e enquadra as minhas emoções.

Essa perspectiva pragmática e dialética das emoções permite compreender as suas funções adaptativa e motivacional, mas também, perturbadora e desorganizadora (PINTO, 2001, RAMOS, 2004a) e ajuda-nos a entender que, para uma mesma realidade, os indivíduos podem construir representações mentais e representações sociais diferentes, de onde decorrem discursos e narrativas diferentes. Considerando que a construção social da realidade se constrói pelos atos de fala (GUERIN, 2009; MARUJO et al., 2007; NUNES, 2010; PEARCE, 1989), então, atos de fala diferentes constroem realidades sociais percebidas de modo diferente, o que remete para a necessidade de individualizar a compreensão das pessoas e dos procedimentos dos profissionais em relação às mesmas. A realidade social construída traduz-se em práticas e modos diferentes de lidar com a realidade, uma vez “[...] que o comportamento de uma pessoa depende do modo como percebe a situação social”. (FÉLIX NETO, 1998, p. 96)

Deste modo, as emoções vivenciadas aquando do anúncio do problema da criança têm repercussão no modo como os indivíduos vão pensar sobre esse acontecimento, sobre a sua criança e o seu projecto de vida e sobre a sua maternidade e paternidade. Consequentemente, ambas, emoções e pensamento, quando associados aos estilos de *coping*, irão influenciar as atitudes e comportamentos futuros, ou seja, a maneira como essas pessoas vão lidar com esta situação. (HAVERMANS et al., 2015) Referimo-nos, então, ao anúncio de más notícias, uma vez que se trata de informação que afeta a maneira como a pessoa vê o seu futuro. (BUCKMAN 2005; NARDI; KEEFE-COOPERMAN, 2006).

Apesar da diversidade descrita, os modelos sobre o anúncio de más notícias têm vindo a identificar itens comuns, o que permite orientar as práticas profissionais. Dos vários modelos, o de Hornby (1992) adapta-se, especificamente, a pais de crianças com deficiência, clarificando as fases por que os pais passam no processo de adaptação (Quadro 1).

Quadro 1 - Processo de adaptação dos pais

Fases	Caracterização	Observações
Choque, confusão, desorganização desespero	Os pais recordam-se pouco do que lhes foi dito a esta altura. Esta fase pode durar algumas horas a alguns dias.	
Negação, desacreditar a realidade	Como estratégia de coping é eficaz se durar apenas algum tempo.	A negação prolongada pode levar os pais a tentar “arranjar” um diagnóstico mais favorável o que pode atrasar o processo de recuperação.
Raiva	Os pais procuram uma causa para a deficiência/doença. Podem culpar-se a eles mesmos, ao hospital, uma parteira, um médico, a mulher ou o marido ou mesmo a criança.	Quando já não é possível manter a negação, passa-se à fase de fúria, ira e raiva. É difícil lidar com os sujeitos nesta fase e uma compreensão acrescida é necessária. Existe dor e sentimento de culpa.
Tristeza	Existe desespero, falta de vontade de continuar. Corresponde à plena consciência da perda, do filho sonhado, bonito e saudável... Nesta fase, os pais choram, ficam tristes, apáticos e deixam transparecer um estado de miséria quer interior quer exterior.	De certa forma, esta tristeza mantém-se ao longo de todo o processo mudando apenas de intensidade. Não ajuda em nada dizer a alguém que “podia ser pior” porque em verdade, para ele nada podia ser pior. Em alguns casos pode haver ideias suicidas.

Fases	Caracterização	Observações
Desvinculação	Muitos pais experienciam, a uma dada altura, uma sensação de vazio, de não preenchimento. Nada parece ter importância.	Eles já aceitaram a realidade da deficiência, mas a vida perdeu um pouco o sentido.
Reorganização	Realismo e esperança. Os pais acham agora que o copo está “meio-cheio” e não “meio-vazio”.	
Adaptação	Os pais aceitaram a situação e exibem uma maturidade emocional face à forma como lidam com o seu filho/a com deficiência, estão conscientes das necessidades do filho e fazem o que podem para as satisfazer.	Para chegar a esta fase alguns pais podem necessitar alguns dias outros alguns anos. Aceitação tem sido também definida como “morte da criança perfeita que tinha sido imaginada e recondução do amor dos pais para a criança que é real”.

Fonte: Hornby (1992).

A harmonia e o equilíbrio familiar, sobretudo da relação na tríade mãe-pai-filho encontram-se relacionados com o processo de aceitação da deficiência da criança e, naturalmente, estas matérias passaram a incluir as preocupações dos profissionais de saúde e de todos os outros profissionais que procuram, em colaboração com as famílias, potencializar o desenvolvimento integral da criança com deficiência. Parece importante que esta intervenção possa ser realizada tendo em conta uma perspetiva integrada, sistémica e participativa e os contextos sociais e ecológico-culturais onde vive a criança e a sua família. (GRONITA, 2008a, 2008b; GRONITA et al., 2016a, 2016b; HAVERMANS et al., 2015; RAMOS, 1987, 2003, 2004a, 2004b, 2011)

O impacto da comunicação médicos – pais

Para a compreensão empírica da temática, recorreremos a dois estudos exploratórios e descritivos, que realizámos em Portugal, no âmbito académico, aliando métodos quantitativos e qualitativos. Num deles (GRONITA, 2008a), recorreremos ao *Doctor-Parent Communication Questionnaire* (STRAUSS; SHARP, 1995), que traduzimos e adaptamos. Introduzimos uma vertente qualitativa, a entrevista, permitindo que outros resultados surgissem, decorrentes da variabilidade ecossistémica e considerando a influência da cultura e

valores nos processos de comunicação. Os participantes, 60 pais biológicos (30 casais; pais de 30 crianças com deficiência), eram atendidos por programas de intervenção precoce na infância, promovidos por equipas constituídas por profissionais de diferentes áreas científicas. Visando conhecer a experiência emocional vivenciada pelos pais, perguntámos: *Quando lhe contaram, pela primeira vez, que o seu/sua filho/a tinha problemas, como é que lhe disseram?* No âmbito da descrição do anúncio, 16 (27%) progenitores (n = 60) partilharam, espontaneamente, os sentimentos vivenciados: 1) choque; 2) confusão; 3) angústia; 4) revolta; e 5) medo.

No segundo estudo, utilizámos uma entrevista semiestruturada aos mesmos participantes do estudo anterior, na qual foi introduzida a seguinte pergunta: *Lembra-se do que é que sentiu?* Verificámos a dificuldade dos progenitores em explicar os seus sentimentos, testemunhámos o reviver de emoções de grande intensidade (tristeza – ex: choro intenso) durante a entrevista e, espontaneamente, anotámos a verbalização de ideação suicida. O pai de uma criança com multideficiência, respondia assim àquela questão:

O que eu senti... o que eu senti foi um grande aperto no coração. Foi também um pouco como que um castelo a desmoronar-se... porque ela, realmente, foi muito desejada, muito mesmo e é aquilo que todos nós pensamos no dia-a-dia que é: «tudo vai correr bem». Pensamos assim, positivamente [...], vamos ter uma filha perfeita e quando sabemos que as coisas não são bem assim... Ah! é um grande choque e é o desmoronar do castelo e um grande aperto no coração.

Analisando o conteúdo das entrevistas do segundo estudo, classificámos 14 tipos de sentimentos verbalizados pelos inquiridos (Quadro 2). Destes, dois deles evidenciaram-se dos restantes, pela sua frequência: tristeza e revolta.

Quadro 2 - Recordação do que sentiu

Tristeza Revolta Angústia Choque	Confusão Zanga (raiva) Medo Culpa	Frustração Injustiça Culpa	Ansiedade Confusão Impotência
---	--	----------------------------------	-------------------------------------

Fonte: elaborado pelos autores.

Se tomarmos por referência a psicologia da família e a psicologia da gravidez e da maternidade e paternidade, parecem entendíveis os sentimentos expressos pelos progenitores, quando confrontados com *aquele bebê*, que tanto se distancia do bebê idealizado. (BRAZELTON; CRAMER, 1989; FRANCO, 2009; RAMOS, 1987, 2004a, 2004b) Ao longo das três fases da gravidez, o pai e a mãe imaginam o seu bebê, que é um bebê idealizado. Quando o bebê nasce, os pais vivenciam um desequilíbrio entre o bebê imaginário e o bebê real (KEATING; SEABRA, 1994), necessitando de fazer o luto do primeiro e o reinvestimento emocional no novo bebê. (FRANCO, 2009; RAMOS, 1987, 2004a)

Quando um bebê nasce com um problema grave de saúde ou com uma deficiência, quando é diferente, o desequilíbrio entre o bebê imaginário e o bebê real intensifica-se muito mais, provocando emoções negativas muito acentuadas, elevados níveis de stresse e, muitas vezes, as estratégias de *coping* dos pais deixam de ser eficazes. (HAVERMANS et al., 2015) O nascimento de uma criança com deficiência destrói as expectativas dos pais relativas ao filho desejado, os pais sentem uma grande decepção e impõe-se um contexto de dor, desilusão, culpabilidade, revolta, luto e sofrimento. (GRONITA, 2008a; GRONITA et al., 2016a, 2006b; LILLO, 2014; RAMOS, 1987, 2004a, 2004b) Verifica-se um grande impacto na vida familiar, no sistema familiar, nos subsistemas e em cada membro da família (GRONITA, 2008a; GRONITA et al., 2016a, 2006b; HAVERMANS et al., 2015; RAMOS, 1987, 2004a) e, em termos de desenvolvimento familiar, ocorre uma crise acidental, cujas consequências multidimensionais alteram o percurso do ciclo vital da família. (ALARCÃO, 2002; GRONITA, 2008a, 2006b; RELVAS, 2004)

Assim, o impacto do nascimento de uma criança com deficiência na família pode atingir proporções exponenciais que transcendem o aumento dos níveis de stresse, abalando recursos pessoais, familiares e/ou das suas redes de suporte social. Nesses casos, o apoio psicológico individual e/ou familiar poderá constituir um recurso, sempre que a família o anuir e disso sentir necessidade. Porém, as necessidades de apoio das famílias não se limitam à dimensão terapêutica. Quando auscultadas, as famílias revelam logo a partir do momento do anúncio da deficiência outras necessidades, que implicam o envolvimento e formação dos diferentes profissionais para intervir nesta situação, designadamente ao nível das competências comunicacionais. A maneira como a crise acidental é vivenciada e eventualmente ultrapassada pela família parece depender das características, dos recursos formais e informais e do meio envolvente da família,

mas também das competências familiares, sobretudo parentais, para lidar com a situação. Melhorar estas condições e desenvolver estas competências, constitui uma recomendação atual para as práticas profissionais. (GRONITA, 2008a; HAVERMANS et al., 2015; RAMOS, 2004a)

A comunicação deste tipo de notícias apresenta dificuldades acrescidas tanto para as famílias como para os profissionais. Porém, é possível melhorar a formação e desenvolver competências dos profissionais que permitam uma intervenção de maior qualidade. (GRONITA, 2008a, 2008b, 2016a, 2016b; HAVERMANS et al., 2015; KEEFE-COOPERMAN et al., 2018; NARDI; KEEFE-COOPERMAN, 2006; RAMOS, 1987, 2004a; SHARP; STRAUSS; LORCH, 1992; STRAUSS; SHARP, 1995), tanto mais que “[...] a reação emocional dos pais é altamente influenciada pelo processo de diagnóstico”. (GRAUNGAARD; SKOV, 2007, p. 305) Este conjunto de especialistas, apresentam recomendações para as práticas profissionais que permitem responder às necessidades e às dificuldades dos pais para lidar com a situação. Lamentavelmente, estas recomendações e protocolos nem sempre se traduzem em competências dos profissionais. Reforçando esta perspectiva, Orsolya e colaboradores (2012) assinalam diferenças entre países europeus, explicando que nem todos os cursos de medicina incluem, sistematicamente, estes conteúdos nos seus currículos.

No entanto, também registamos práticas educativas de qualidade, tais como o Programa de Ensino/Aprendizagem *Como transmitir más notícias*, na Faculdade de Medicina (SILVA, 2001); práticas de ensino/aprendizagem através de *role-playing* com atores, nas quais os internos de primeiro ano do Centro Médico Montefiore, em Bronx, aprendem a dar más notícias (ORR, 2009); e o programa de treino para estudantes de medicina, enfermeiros e médicos recentemente formados, com duração de duas horas e que assenta em seis princípios chave 1) respeito pela criança e sua família; 2) comunicação sensível e empática; 3) dar informação assertiva e apropriada; 4) mensagens positivas, realistas e com esperança; 5) a importância do trabalho em equipa; 6) a planificação para comunicar o diagnóstico. (HARNETT et al., 2013) Quanto às dificuldades dos pais, parecem associados a um processo de adaptação à nova realidade e à criança que, por vezes, constitui um processo longo.

A dificuldade dos profissionais é testemunhada na citação que fazemos de uma mãe de uma criança com paralisia cerebral:

Perguntei à médica, disse que não era com ela, era com outra. Depois perguntei à outra, disse... que não tinha ainda informação. Perguntei onde estava o meu filho: 'Há-de vir mais tarde alguém aqui falar' [...]. Mas nunca me disseram assim: 'O seu filho tem uma paralisia cerebral. Pode ter sequelas mais graves ou menos graves.'

Este testemunho remete-nos para o processo de comunicação pais-profissionais. Com recurso ao questionário acima mencionado (STRAUSS; SHARP, 1995), aprofundámos esta temática, recolhendo informação sobre as experiências parentais (GRONITA, 2008a) e percebemos que 1) em 75% dos casos o anúncio do problema da criança foi realizado por um profissional; 2) cerca de 25% dos pais receberam esta informação do seu próprio cônjuge; 3) só sensivelmente 2/3 dos inquiridos estavam acompanhados por alguém (23,3 % estavam sozinhos); 4) apenas 1 entrevistado refere que o anúncio ocorreu num ambiente acolhedor e apenas 3 referem que foi em privado; 5) só 3 referem que o anúncio foi dado aos dois membros do casal (com a presença da criança), mas apenas 1 casal recebeu a notícia em conjunto; 6) pouco mais de metade dos participantes reconhece comportamentos e atributos facilitadores no profissional de saúde (atitude de cautela e de preocupação, vai direto ao assunto, apontado um “caminho de esperança”); 7) sendo que 12 enfatizaram comportamentos e atributos prejudiciais (brusquidão e inadequação; omissão do diagnóstico; não mostrar qualquer emoção; com rapidez); e 8) apenas 5 entendem que o procedimento do médico durante aquele processo de comunicação foi correto.

Quando comparados com outros estudos internacionais (SHARP; STRAUSS; LORCH, 1992; STRAUSS; SHARP, 1995), os resultados acima apresentados indicam uma experiência parental ainda menos positiva em Portugal, o que constitui um desafio para a melhoria dos procedimentos e práticas dos profissionais portugueses. Diretamente relacionado com este objetivo e transcendendo a análise das experiências parentais, também procurámos saber qual a preferência dos pais, ou seja, como é que, numa situação hipotética, os pais gostariam que o anúncio da deficiência da criança tivesse acontecido, isto é, como é que um médico deveria agir.

Incidindo sobre os atos de fala (GUERIN, 2009; MARUJO et al., 2007; NUNES, 2010; PEARCE, 1989) do anúncio da deficiência da criança, analisámos dimensões do comportamento do médico, agrupadas em três categorias: elementos de interação, gestão da informação e atributos profissionais.

Os resultados alcançados eram idênticos aos dos estudos internacionais já referidos. No entanto, a diferença entre os valores relativos à experiência e à preferência dos progenitores era, de um modo geral, mais acentuada. Ou seja, existia mais diferença entre a experiência vivenciada pelos participantes portugueses e o modo como preferiam que, numa situação hipotética, o médico agisse. Exemplificando esta afirmação, poderemos consultar o Quadro 3, que apresenta os valores percentuais das respostas “muito”, relativas à experiência e à preferência dos pais, em relação a cada uma das dimensões do comportamento do médico avaliadas.

Quadro 3 - Experiência versus preferências dos pais

Dimensões do comportamento do médico	Experiência dos pais (%)	Preferência dos pais (%)
Elementos de Interação		
Médicos controlam a conversa	48,9	13,3
Médicos permitem aos pais falar	55,6	96,7
Médicos permitem aos pais mostrar sentimentos	40	95
Médicos tentam fazer pais sentir-se melhor	46,7	93,3
Gestão da Informação		
Tempo que os médicos levam até dar má notícia	13,3	10
Quantidade de informação que os médicos dão	42,2	98,3
Médicos discutem possível atraso mental	42,2	88,3
Atributos Profissionais		
Médicos mostram preocupação	35,6	98,3
Médicos mostram segurança	66,7	95
Médicos mostram sentimentos	33,3	65
Médico faz referência para outros pais	6,7	96,7

Fonte: Gronita (2008).

Assim, em relação à interação médicos-pais, quase metade dos participantes revelaram que, na sua experiência, os médicos “controlavam a conversa”

“muito”, enquanto muito poucos queriam que isso acontecesse, numa situação ideal. Em relação aos outros elementos de interação, os participantes desejavam muito mais que os médicos lhes permitissem falar, mostrar os seus sentimentos e os fizessem sentir melhor, do que aconteceu na sua experiência de anúncio da deficiência do seu filho/a. No que se refere à gestão da informação, quase todos os participantes entendiam que os médicos não deviam levar muito tempo “até dar má notícia”, conforme aconteceu na grande maioria das experiências pessoais relatadas. Porém, em relação aos outros itens avaliados da gestão de informação (“quantidade de informação que os médicos dão” e “médicos discutem possível atraso mental”), assim como os quatro itens que indicam atributos profissionais (“mostram preocupação”, “mostram segurança”, “mostram sentimentos” e fazem “referência para outros pais”), os participantes desejavam que cada um deles ocorresse muito mais do que aconteceu na sua experiência vivenciada. A dimensão do comportamento do médico que mais diferenciava o que aconteceu e o que os pais desejavam que acontecesse, foi a “referência para outros pais”. Deste último resultado, recomenda-se para os profissionais a responsabilidade de proporcionar o desenvolvimento das redes de suporte informal destas famílias, paralelamente ao suporte formal que proporcionam/constituem.

Práticas recomendadas para os profissionais

Os estudos indicam ainda o constrangimento e dificuldades dos profissionais em lidar com a ansiedade e angústia dos pais ou em responder às perguntas que colocam, assim como o mal-estar dos pais, motivado pelos profissionais não corresponderem às suas expectativas. Ou seja, retomamos a ideia que se registam dificuldades de comunicação tanto para os pais, como para os profissionais (RAMOS, 1987, 2004a ; GRONITA, 2008a, 2008b; GRONITA et al., 2016a, 2006b; HAVERMANS et al., 2015; LILLO, 2014) e, como tal, as recomendações para as práticas profissionais têm vindo incluir esta preocupação.

Já em 1996, Hall e Hill indicavam os aspetos que os pais valorizam na forma como gostariam de receber uma má notícia: 1) o mais depressa possível – os pais consideram ter o direito de partilhar qualquer que seja a informação

que os profissionais de saúde têm sobre o seu filho; 2) em conjunto – se possível o pai e a mãe, ou então acompanhados por outra pessoa, e.g. avó, irmã, etc. Caso seja impossível estarem ambos os pais, a equipa de saúde deve falar com um deles, mas marcar quanto antes um outro momento para falar com os pais em conjunto; 3) em privado, com tempo suficiente (verbalizar no início da conversa quanto tempo tem disponível) e sem interrupções (e.g. telemóvel, pager, telefone, alguém que bate à porta, etc.); 4) num ambiente acolhedor, amigável e caloroso devendo, no entanto, evitar-se emoções excessivas por parte dos profissionais; e 5) honestamente, com explicitação clara daquilo que já se sabe e identificação clara das áreas de incerteza (e.g. tipo de marcha que poderá vir a fazer).

Os mesmos autores (HALL; HILL, 1996) elaboraram um guia-prático para fornecer informação aos pais de uma forma adequada, com orientações muito elucidativas para a adequação do comportamento dos profissionais:

- Antes de começar a reunião com os pais certifique-se que a sala que vai utilizar está livre, e peça autorização aos pais para estar mais alguém presente (e.g. estagiário, membro do *staff* mais recentes);
- Evite o calão profissional na medida do possível, quando o utilizar explique o que quer dizer, pois os pais precisam de saber;
- Não dê uma “aula”, permita que os pais conduzam a conversa e sejam eles a perguntar. Desta forma recordarão mais facilmente o que lhes for dito;
- Não se preocupe com os silêncios no decorrer da conversa. Por vezes é a única coisa que podemos fazer, o silêncio cria por vezes momentos de profundo respeito pelos sentimentos da outra pessoa;
- Crie um espaço para que os pais possam expressar os seus sentimentos, cite casos semelhantes com que tenha lidado de forma que isso possa ajudar a expressão das emoções;
- Lembre-se que está perante um problema que é essencialmente dos pais, eles terão de lidar com ele à sua maneira. O profissional de saúde não pode “prescrever” uma forma de lidar com o problema. Nunca diga “Eu sei como se sente” – você de facto não sabe!;

- Mostre que acredita que os pais vão ser capazes de lidar com o problema, por mais devastados que estejam a sentir-se. Não deixe por momento algum transparecer a ideia ou hipóteses que eles não querem cuidar da criança. Mostre uma aceitação profissional da criança, quando fala olhe para ela e fale para ela se for apropriado. Pergunte aos pais se pode pegar na criança;
- Responda a todas as questões que puder, se não puder explique a razão. Seja prudente com questões de esperança de vida;
- Explique o que se irá passar a seguir (terapia, consultas, contacto com outros pais, visita domiciliária, cirurgia, etc.). Caso a criança vá ficar internada explique bem como funciona o sistema;
- Esclareça os pais quanto às possíveis actividades e apoios que podem procurar, mas clarifique que a decisão de o fazer e quando, é dos pais;
- Explique que irão receber um relatório por escrito sobre a doença do seu filho (causas, incidência, compromisso funcional, formas de melhorar) e por isso não precisam estar preocupados caso não entendam algo;
- Marque uma reunião posterior de preferência face a face, se impossível pelo telefone. Sugira aos pais trazerem desta vez questões por escrito que gostavam de ver respondidas;
- Recorde os pais que deverão ter com a criança os cuidados de rotina que tem qualquer criança (e.g. vacinas, controlo do peso, entre outras).

Outros autores, têm vindo a emanar recomendações para as práticas profissionais. (BUCKMAN, 2005; GRONITA, 2008a; HAVERMANS et al., 2015; HOSPITAL SANTA MARIA. 1993 apud GRONITA, 2008a; KEEFE-COOPERMAN et al., 2018; LILLO, 2014) O Modelo SPIKES (BUCKMAN, 2005), é um dos mais citados e tidos como referência para as práticas profissionais, devido à sua flexibilidade e fácil adequação, nomeadamente em relação à idade dos interlocutores, o tipo de doença, a capacidade de entendimento do que se está a passar ou o número de pessoas envolvidas.

Quadro 4 - Modelo SPIKES

Contexto (Setting)	O profissional deve: estar presente, se necessário com outro colega; ter um plano mental prévio de como tenciona anunciar as más notícias; assegurar disponibilidade e privacidade à família deve falar com ambos os pais (a criança pode estar na sala – decisão da família) deve dar a notícia o mais cedo possível manter uma atitude atenciosa e tranquila
Percepção (Perception)	O profissional deve tentar perceber o quanto os pais já sabem sobre a situação.
Convite (Invitation)	O profissional deve tentar perceber o quanto os pais querem e estão preparados para saber naquele momento (ter em atenção que visto estarmos a falar de um casal, cada elemento pode ter necessidades diferentes)
Conhecimento (Knowledge)	O profissional deve: começar por informar que vai falar sobre más notícias; fornecer aos pais informação variada; dar a verdade suportável e ter em atenção os “tempos” dos pais; dar esperanças aos pais.
Empatia (Empathy)	O profissional deve usar estratégias de escuta activa, identificando e respondendo às emoções dos pais.
Estratégia e Resumo (Strategy and Summary)	O profissional deve: fornecer um resumo da informação dada; dar oportunidade para que os pais possam expor todas as suas dúvidas; cooperar com os pais para a construção de um plano de cuidados, como intervenções, terapias, etc. Fornecer alternativas aos cuidados prestados.

Fonte: Buchman (2005).

Com base na análise teórico-conceptual e na evidência científica acima explanada, é possível sintetizar recomendações para as práticas profissionais, tais como: 1) ouvir mais os pais e deixá-los colocar as suas questões; 2) manifestar mais interesse pelo problema dos pais; 3) ser empático/a e manifestar mais interesse pelos sentimentos dos pais; 4) compreender que as mães desejam que o médico mostre maior preocupação do que os pais em relação à forma como se sentem e agir de acordo com estas diferenças de género; 5) tentar fazer com que os pais se sintam melhor e mais adaptados à situação; 6) dar informação precisa, compreensível, suficiente, mas não em excesso; 7) considerar que, quando

comparado com as mães, os pais desejam que o médico seja mais rápido, demandando menos tempo até dar a má notícia e agir de acordo com esta diferença de gênero; 8) discutir possível deficiência intelectual; 9) manifestar preocupação com o problema dos pais; 10) demonstrar mais segurança; 11) deixar alguma esperança e motivos para que os pais possam investir no seu bebê; 12) proporcionar contato com outros pais.

Os estudos analisados evidenciam que estas recomendações nem sempre se observam nas práticas profissionais. Consequentemente identifica-se a necessidade de novas atitudes, competências, paradigmas e abordagens, metodologias ativas, integrativas e participativas ao nível da formação contínua dos profissionais, complementada com mudanças paradigmáticas ao nível da formação inicial dos futuros profissionais. Ou seja, importa garantir o desenvolvimento de competências profissionais, adaptadas ao nível comunicacional e cultural nos diferentes contextos de intervenção. (GRONITA et al., 2016a, 2006b; KEEFE-COOPERMAN et al., 2018; RAMOS, 1987, 2003, 20004a, 2004b, 2011)

Conclusões

Do enquadramento teórico-científico exposto, decorrem implicações para as práticas profissionais e recomendam-se procedimentos profissionais.

O anúncio da deficiência da criança tem um grande impacto emocional e psicossocial nos pais e restantes familiares. Estes têm expressado o que esperam dos profissionais, no sentido de melhorar o processo de comunicação, contribuindo para a elaboração de recomendações profissionais. Porém, persistem diferenças significativas entre a experiência dos pais e o que gostariam que tivesse acontecido, indiciando que as práticas se afastam dos protocolos existentes. Os pais manifestam a necessidade de ser mais ouvidos e apoiados, expressar mais os seus sentimentos e dúvidas, obter mais informação precisa e compreensível, interesse, empatia e compaixão pelo seu problema, ser atendidos e acolhidos por médicos mais seguros, disponíveis e implicados, estabelecer contato e partilha do problema com outros pais.

A formação e o desenvolvimento de competências nesta área da psicologia clínica e da saúde são o grande indicador dos estudos analisados, o que requer novos paradigmas, abordagens, recursos pedagógicos inovadores e metodologias ativas, integrativas e participativas, adaptadas comunicacional e culturalmente.

Concluimos que os desafios que se colocam neste âmbito revelam um caráter de urgência, em termos de saúde e de cidadania, até porque, como defende Bronfenbrenner (1979), todo o ser tem direito a um começo justo.

Referências

- ALARCÃO, M. *(Des)Equilíbrios familiares*. Coimbra: Quarteto, 2000.
- BARROS, J. *Psicologia da família*. Lisboa: Universidade Aberta, 2002.
- BRAZELTON, T.; CRAMER, B. *A relação mais precoce*. Lisboa: Terramar, 1989.
- BRONFENBRENNER, U. *The ecology of human development*. Cambridge, M. A. Harvard University Press, 1979.
- BUCKMAN, R. Breaking bad news: the S-P-I-K-E-S strategy. *Psychosocial Oncology*, v. 2, n. 2, p. 138-142, 2005.
- CORNWELL, J.; KORTELAND, C. The family as a system and a context for early intervention. In: THURMAN, S.; CORNWELL, J.; GORRWALD, S. *Contexts of early intervention. Systems and settings*. London: Paul Brookes Publishing, 1997.
- ESTIENNE, F. *Orthophonie et efficacité: Les fondements d'une pratique*. Marseille: Social Editeurs, 2004.
- FRANCO, V. Adaptação das famílias de crianças com perturbações graves do desenvolvimento. Contribuição para um modelo conceptual. *INFAD – International Journal of Developmental and Educational Psychology*, v. XXI, n. 2, p. 179-184, 2009.
- GLEITMAN, H.; REISBERG, D.; FRIDLUND, A. *Psicologia*. 10. ed. Lisboa: Fundação Gulbenkian, 2014.
- GRAUNGAARD, A. H.; SKOV, L. Why do we need a diagnosis? A qualitative study of parents' experiences, coping and needs, when the newborn child is severely disabled. *Child: Care, Health & Development*. v. 33, n. 3, p. 296-307, May 2007. doi:10.1111/j.1365-2214.2006.00666.x
- GRONITA, J. *O anúncio da deficiência da criança e suas implicações familiares e psicológicas*. Lisboa: Instituto Nacional para a Reabilitação, 2008a.
- GRONITA, J. O anúncio da deficiência da criança e suas implicações familiares e psicológicas. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*,

v. XX, n. 1, p. 63-72, 2008b. Disponível em: <http://infad.eu/RevistaINFAD/2008/n1/volumen3/INFAD_010320_63-72.pdf>.

GRONITA, J. *Contributos para a análise dos modelos organizativos da intervenção precoce na infância em Portugal*. 2014. 834 p. Tese (Doutorado em Psicologia) - Universidade Aberta, Lisboa, 2014.

GRONITA, J. et al. *Os nossos filhos são... diferentes: como podem os pais lidar com uma criança com deficiência*. 3. ed. Revista. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2016a...

GRONITA, J. *E quando atendemos crianças... diferentes: como podem os profissionais orientar as famílias com criança com deficiência*. 2. ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2016b.

GUERIN, B. Análise do comportamento e a construção social do conhecimento. *Revista Brasileira de análise do Comportamento*, v. 5, n. 1, p. 117-137, 2009.

HALL, D.; HILL, P. *The Child with Disability*. 2. ed. Australia: Blackwell Science, 1996.

HARNETT, A. et al. Evidence - based training of health professionals to inform families about disability. *Archives of Disease in Childhood*, v. 98, n. 6, p. 413-418, 2013. Available on: <[10.1136/archdischild-2012-303037](http://dx.doi.org/10.1136/archdischild-2012-303037)>. Access on: 11 mar. 2018.

HAVERMANS, T. et al. Breaking bad news, the diagnosis of cystic fibrosis in childhood. *Journal of Cystic Fibrosis*, v. 14, n. 4, p. 540-546, July, 2015. Available on: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1569199314003014?via%3Dihub>>.

HORNBY, G. Counselling family members as people with disabilities. In: ROBERTSON, R.; BROWN, R. (Ed.). *Rehabilitation Counselling*. Approaches in the field of disability. London: Chapman e Hall, 1992.

INE. *Famílias em Portugal*. 2014. Disponível em: <https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=216875336&DESTAQUESmodo=2>.

KEATING, I.; SEABRA, M. J. Luto e vinculação. *Análise Psicológica*, Lisboa, v. 2-3, n. 12, p. 291-300, 1994.

KEEFE-COOPERMAN, K. et al. The PEWTER tudy: breaking bad news communication skills training for counseling programs. *International Journal for the Advancement of Counselling*, v. 40, p. 72-87, March, 2018. Available on: <10.1007/s10447-017-9313-z>. Access on: 10 Mar. 2018.

LILLO, S. El proceso de comunicar y acompañar a los padres y al paciente frente al diagnóstico de discapacidad. *Revista Médica Clínica Las Condes*, v. 25, n. 2, p. 372-379, 2014.

MARUJO, H. A. et al. Revolução positiva: Psicologia positiva e práticas apreciativas em contextos organizacionais. *Comportamento Organizacional e Gestão*, Lisboa, v. 13, n. 1, p. 115-136, abr. 2007.

NARDI, T.; KEEFE-COOPERMAN, K. Communicating bad news: A model for emergency mental health helpers. *International Journal of Emergency Mental Health*. v. 8, n. 3, p. 203-207, June 2006.

NETO, F. *Psicologia social*. Lisboa: Universidade Aberta, 1989. v. 1.

NUNES, J. *Comunicação em contexto clínico*. Lisboa: Bayer Health Care, 2010. Disponível em: <http://www.fcm.unl.pt/departamentos/cligeral/docs/5ano/livro_comunicacao.pdf>. Access on: 10 Mar. 2018.

ORR, M. *Delivering Bad News*. The New York Times. Available on: <<https://www.youtube.com/watch?v=3khgo6BYleA&playnext=1&list=PLF3DD360CB057468C,2009>>. Access on: 10 Mar. 2018.

ORSOLYA, M. et al. Breaking bad news – informing parents on suspicion of prenatally detected down syndrome in obstetric institutions: hungarian experience. *Paediatrica Croatica*, Zagreb, v. 56, n. 4, Oct./Dec. 2012.

PEARCE, B. *Communication and the human condition*. Carbondale: Southern Illinois, 1989.

PINTO, A. *Psicologia geral*. Lisboa: Universidade Aberta, 2001.

RAMOS, N. Para um melhor Acolhimento da criança deficiente. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, Coimbra, Ano XXI, p. 333-350, 1987.

RAMOS, N. Educação, saúde e culturas: novas perspectivas de investigação e intervenção na infância. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, Coimbra, v. 36, n. 1/3, p. 463-487, 2002

RAMOS, N. *Psicologia clínica e da saúde*. Lisboa: Universidade Aberta, 2004a.

RAMOS, N. A família nos cuidados à criança e na socialização precoce em Portugal e no Brasil. Uma abordagem intercultural comparativa. In: COVA, A.; RAMOS, N.; JOAQUIM, T. (Org.). *Desafios da comparação: família, mulheres e género em Portugal e no Brasil*. Oeiras: Celta Editora, 2004b. p. 149-190.

RAMOS, N. Infância e contextos culturais e de desenvolvimento. As etnoteorias e práticas parentais de educação, desenvolvimento e saúde. In: PAIVA, M.; VIVEIROS, K.; MEDEIROS NETA, O. M. de. (Org.). *Infância, escolarização e higiene*. Brasília: Liber Livro Editora, 2011. p. 183-222.

RELVAS, A. P. *O ciclo vital da família*. 3. ed. Porto: Edições Afrontamento, 2004.

SHARP, M. C.; STRAUSS, R. P.; LORCH, S. C. Communicating Medical bad news: Parents' Experiences and Preferences. *The Journal of Pediatrics*, v. 121, n. 4, p. 539-546, Oct. 1992.

SANTOS, P. *Promovendo um processo de construção de uma cultura de intervenção precoce*. 2007. 795 f. Tese (Doutorado em Ciências da Educação) - Universidade de Aveiro, Aveiro, 2007. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10773/1104>>.

SILVA, C.; PESTANA, I. A sociedade da informação. A criança com deficiência e as novas tecnologias. *Journal of Education, Technologies, and health*. Viseu, v. 32, n. 11, p. 211-225, Feb. 2006.

SILVA, L. J. *Como transmitir más notícias*. Proposta de programa de Ensino/aprendizagem. Dissertação (Mestrado em Educação Médica) - Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa, 2001.

STRAUSS, R. P.; SHARP, M. C. Physicians and the Communication of "Bad News": Parent Experiences of Being Informed of Their Child's Cleft Lip and/or Palate. *Pediatrics*, v. 96, n. 1, p. 82-89, July, 1995.

Sobre os organizadores e autores

Organizadoras

Maria Ligia Rangel-S

Professora Associada IV do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Graduada em Medicina pela UFBA (1976), doutorado em Saúde Pública; pós-pouoradado na Universidade Aberta de Lisboa (UAb-Pt). Desenvolve atividades de ensino, pesquisa e extensão em Saúde Coletiva, com ênfase na área de Educação e Comunicação em Saúde. Professora do quadro permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do ISC/UFBA. Ensina Comunicação e Saúde no Curso de Graduação e Pós-Graduação em Saúde Coletiva do ISC/UFBA. Desenvolve projetos de pesquisa sobre tecnologias de comunicação e educação a distância (EAD) e sobre a relação mídias e saúde. Coordena o Grupo de Pesquisa em Educação e Comunicação do ISC/UFBA. Bolsista Capes, Processo BEX 2476/15-0.

E-mail: lirangel@ufba.br

Natália Ramos

Doutorada e pós-doutorada em Psicologia Clínica e Intercultural, Universidade de Paris V, Sorbonne, onde é igualmente especializada em Aconselhamento Psicológico. Formação especializada em Antropologia Fílmica pela Escola Prática de Altos Estudos, Paris, Sorbonne. Psicóloga. Professora Associada da Universidade Aberta, em Lisboa, Portugal. Organizadora e diretora do Mestrado em Comunicação em Saúde da Universidade Aberta (1997-2011). Coordenadora Científica do Centro de Estudos das Migrações e das Relações Interculturais (CEMRI), Universidade Aberta, Lisboa, Portugal, onde é Investigadora Responsável do Grupo de Investigação: Saúde, Cultura e Desenvolvimento.

E-mail: natalia@uab.pt

Autores

Adroaldo de Jesus Belens

Mestre em História e doutorando em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA). Pesquisa a cibercultura e novas tecnologia, com foco nas comunidades virtuais de depressão no Facebook e divulgação científica em saúde na internet. Leciona em cursos graduação e pós-graduação nas modalidades presencial e a distância no campo da Saúde Coletiva. Pesquisador do Grupo de Comunicação e educação em saúde do ISC/UFBA.

E-mail: adroaldobelens@gmail.com

Alcinda Sacramento Costa dos Reis

Licenciada em Enfermagem na Comunidade (1998), mestre e doutora em Ciências de Enfermagem pelo Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto (2002, 2014). Professora Adjunta na Escola Superior de Saúde de Santarém do Instituto Politécnico de Santarém. Membro fundador da Rede de Ensino Superior em Mediação Intercultural (RESMI) e coordenadora do grupo temático – RESMI/Saúde. Investigadora integrada no Centro de Estudos das Migrações e das Relações Interculturais (CEMRI) da Universidade Aberta – Grupo Saúde, Cultura e Desenvolvimento.

E-mail: alcinda.reis@essaude.ipsantarem.pt

Ana Oliveira Barbosa

Nutricionista. Mestre em Saúde Comunitária pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA). Pesquisadora do grupo Comunicação e Educação em Saúde do ISC/UFBA.

E-mail: anaholiveira@gmail.com

Ana Cristina de Spínola Madeira

Licenciada em Enfermagem na Comunidade (1998), mestre em Ciências de Educação pela Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa (2004 e doutora em Ciências de Enfermagem pelo Instituto de Ciências Biomédicas Abel

Salazar da Universidade do Porto (2015). Professora Adjunta na Escola Superior de Saúde de Santarém do Instituto Politécnico de Santarém. Membro da Rede de Ensino Superior em Mediação Intercultural do Alto Comissariado para as Migrações (RESMI) e do grupo temático – RESMI/Saúde. Investigadora integrada no Centro de Estudos das Migrações e das Relações Interculturais (CEMRI) da Universidade Aberta – Grupo Saúde, Cultura e Desenvolvimento.

E-mail: ana.spinola@essaude.ipsantarem.pt

Ana Isabel Mateus da Silva

Doutorada em Psicologia, Especialidade Psicologia do Desenvolvimento e Mestre em Comunicação em Saúde pela Universidade Aberta. Psicoterapeuta de Aconselhamento e Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. Professora auxiliar convidada na Universidade Aberta. Investigadora Integrada no Centro de Estudos das Migrações e das Relações Interculturais, CEMRI/Universidade Aberta, Grupo de Investigação Saúde, Cultura e Desenvolvimento. Membro colaborador do C3i. (Instituto Politécnico de Portalegre).

E-mail: aisilva@cemri.uab.pt

Andrija Oliveira Almeida

Graduada em Ciências Sociais pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), Pedagogia pela Universidade do Estado da Bahia (UNEB) e Direito pela Universidade Católica de Salvador (UCSAL), especialista em Metodologia da Pesquisa, Ensino e Extensão em Educação (UNEB), mestre em Saúde Comunitária Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, doutoranda em Ciências Sociais UFBA), desenvolve pesquisa nas áreas de Saúde Coletiva, Sociologia do Direito e Antropologia Urbana.

E-mail: andrija.oliveiraalmeida@gmail.com

Antonio Marcos Pereira Brotas

Jornalista, assessor de comunicação do Centro de Pesquisa Gonçalo Moniz (CPqGM), Fiocruz/BA, e doutor em Cultura e Sociedade pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Pesquisa e atua nas áreas de jornalismo científico, comunicação em saúde, pesquisa de enquadramento e controvérsias públicas da ciência.

E-mail: ambrotas@gmail.com

Daniela Quadros de Azevedo

Mestre em Educação em Diabetes. Docente do Curso Farmácia. Centro Universitário Una/Belo Horizonte/Brasil.

E-mail: daniela.azevedo@prof.una.br

Érica Santos de Aragão

Professora Adjunta do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Graduação e mestrado em Economia, doutorado em Saúde Pública. Pesquisadora do Programa Economia, Tecnologia e Inovação em Saúde (PECS) do ISC/UFBA; do INCT de Inovação em Doenças Negligenciadas (INCT-IDN/CDTS FIOCRUZ) e colaboradora do Instituto Nacional de Ciência, Inovação e Tecnologias em Saúde (INCT CITECS/ISC-UFBA). Atua nas áreas de políticas públicas em C&T e Inovação, economia da saúde e gestão de tecnologias em saúde.

E-mail: erikapecs@gmail.com

Francisca Eleonora Schiavo

Graduação em Pedagogia, master em Educação, Gênero e Igualdade pela Universidade de Santiago de Compostela - Espanha. Atua na área de Educação, com ênfase em Gênero e Educação, principalmente nos seguintes temas: violência contra a mulher, políticas públicas para as mulheres, prevenção e atenção à violência contra a mulher, gênero e saúde.

E-mail: eleonora.as@gmail.com

Gabriela Lamego

Professora Adjunta do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da Universidade Federal do Sul da Bahia (UFBA). Psicóloga, mestre em Saúde Comunitária e doutora em Saúde Pública, ambos pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da UFBA. Pesquisadora nas áreas da saúde, comunicação, gênero e violências.

E-mail: gabilamego@hotmail.com

Giovanna Santana Queiroz

Farmacêutica, especialista em Assistência Farmacêutica, mestre em Saúde Comunitária pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA). Servidora da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), atua no Núcleo Regional de Saúde Nordeste. Foi assessora técnica na Diretoria de Assistência Farmacêutica, na Superintendência de Assistência Farmacêutica Ciência e Tecnologias em Saúde (2010-2011) e na Superintendência de Atenção Integral à Saúde.

E-mail: giovanna.qrz@gmail.com

Helena Isabel Borges Manuel

Doutorada em Psicologia Intercultural e mestre em Comunicação em Saúde pela Universidade Aberta, Lisboa, Portugal. Mestre em Saúde Internacional e em Enfermagem Comunitária. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL). Investigadora Integrada do Centro de Estudos das Migrações e das Relações Interculturais (CEMRI), Universidade Aberta, Grupo de Investigação: Saúde, Cultura e Desenvolvimento.

E-mail: lenaborges@hotmail.com

João Paulo Vieira Rodrigues

Doutor em Psicologia Intercultural e mestre em Comunicação em Saúde pela Universidade Aberta (UAb) de Lisboa. Investigador do Centro de Estudos das Migrações e das Relações Interculturais, Grupo de Investigação Saúde, Cultura e Desenvolvimento, UAb; Enfermeiro no serviço de Pediatria do Hospital de Santarém E.P.E.

E-mail: joaocereus@gmail.com

Jane Mary Guimarães

Professora da Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB). Bacharel em Ciências Econômicas, possui MBA em Economia e Avaliação de Tecnologias em Saúde. Mestrado Ciências da Educação (ULHT, Portugal) e doutorado em saúde pública ISC/UFBA (pesquisadora visitante da London School of Hygiene

and Tropical Medicine). No ISC/UFBA é pesquisadora do Programa Economia, Tecnologia e Inovação em Saúde e do Grupo de Comunicação em Saúde. E-mail: janemg@gmail.com

Joaquim Gronita

Licenciado em Psicologia, Mestre em Comunicação em Saúde e Doutorado em Psicologia, especialidade Psicologia Clínica e da Saúde. Foi psicólogo numa ONG cerca de 20 anos, onde implementou e coordenou o Serviço Técnico de Intervenção Precoce, no Serviço Nacional de Saúde e em clínica privada. Leciona na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal e na Universidade Aberta, onde também é vice-coordenador científico do Centro de Estudos das Migrações e das Relações Interculturais (CEMRI) e investigador no Grupo de Investigação Saúde, Cultura e Desenvolvimento.

E-mail: jgronita@uab.pt

Larissa Dantas

Mestre em Saúde Comunitária pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA). Psicóloga graduada pela Universidade Federal da Bahia (UFBA) e mestre em Saúde Comunitária pelo ISC/UFBA. Especialista em Saúde Coletiva com concentração em Gestão da Atenção Básica também pelo ISC/UFBA. Pós-graduada em Psicologia e Ação Social pela Faculdade São Bento. Atua como Assessora Técnica do Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas do Conselho Regional de Psicologia 3ª região (CREPOP/CRP03).

E-mail: larissacndantas@gmail.com

Luís Nabais

Doutorado em Psicologia Clínica e da Saúde e Mestre em Comunicação em Saúde pela Universidade Aberta (UAb), Lisboa. Licenciado em Enfermagem e em Psicologia Clínica. Professor na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Investigador no Centro de Estudos das Migrações e das Relações Interculturais (CEMRI), UAb, Grupo de Investigação Saúde, Cultura e Desenvolvimento.

E-mail: lonabais@esel.pt

Lyría Maria dos Reis

Doutora em Psicologia, especialidade Psicologia Clínica e da Saúde e mestre em Comunicação em Saúde pela Universidade Aberta de Lisboa. Investigadora integrada no Grupo Saúde, Cultura e Desenvolvimento do Centro de Estudos das Migrações e das Relações Interculturais (CEMRI), Universidade Aberta, Lisboa, Portugal.

E-mail: lyriareis@gmail.com

Marcele Carneiro Paim

Graduada em Comunicação Social, Especialista em Marketing, Especialista em Educação a Distância, Mestre em Saúde Comunitária e Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC-UFBA). Diretora da Escola de Saúde Pública (EESP) da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia.

E-mail: celepaim@hotmail.com

Márcia Cristina Rocha Costa

Professora do curso de Comunicação Social/Jornalismo da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). Doutora em Cultura e Sociedade pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Coordenadora do projeto de pesquisa 'Enquadramento da Saúde em Narrativas da Televisão'. UFRB. Doutora em Comunicação, Faculdade de Comunicação da UFBA.

E-mail: marcia-rocha@uol.com.br

Maria Cristina Santiago

Psicóloga pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (1981). Nutricionista pela Universidade Federal de Ouro Preto (2003). Mestre em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (2006). Docente do Curso Nutrição e Estética. Centro Universitário Una/Belo Horizonte/Brasil.

E-mail: maria.santiago@prof.una.br

Maria da Conceição Pereira Ramos

Professora da Faculdade de Economia (FEP) da Universidade do Porto (UP), Portugal. Investigadora do Centro de Estudos das Migrações e das Relações Interculturais (CEMRI) (Portugal), Grupo de Investigação Saúde, Cultura e Desenvolvimento. Doutora em Ciência Económica pela Universidade de Paris I, Sorbonne, França (1991) e mestre em Economia dos Recursos Humanos por esta Universidade (1983). Tem investigado e lecionado na graduação e pós-graduação nas áreas da economia do trabalho e dos recursos humanos, saúde e segurança no trabalho, migrações internacionais, economia social, responsabilidade social e desenvolvimento sustentável. Nestas áreas tem publicado em diferentes línguas e orientado numerosos trabalhos de mestrado, doutorado e pós-doutorado. Foi consultora e coordenadora de projetos científicos para a Comissão Europeia, Conselho da Europa e Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Económico (OCDE).

E-mail: cramos@fep.up.pt

Maria Marta Amancio Amorim

Doutora em Enfermagem. Docente do Curso Nutrição e Gastronomia. Centro Universitário Una/Belo Horizonte/Brasil. Investigadora integrada no Grupo Saúde, Cultura e Desenvolvimento do Centro de Estudos das Migrações e das Relações Interculturais, Universidade Aberta de Lisboa/Portugal.

E-mail: martamorim@hotmail.com

Olívio Patrício

Professor do Instituto Superior de Agronomia, Universidade de Lisboa, Departamento de Engenharia de Biosistemas, Agrupamento de Engenharia Rural. Doutoramento em Engenharia Mecânica, pela Universidade de Ciências e Tecnologia de Lille/França. Professor e coordenador, entre outras, das disciplinas de Engenharia e Tecnologias Agrícolas do Mestrado em Engenharia Agronómica, e de Energia e Ambiente e de Monitorização de Meios Urbanos do curso de Engenharia do Ambiente.

E-mail: opatricio@isa.ulisboa.pt

Salete Calvino

Doutorada em Psicologia Clínica e da Saúde e mestre em Comunicação em Saúde pela Universidade Aberta, Lisboa. Professora Adjunta na Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Investigadora do Centro de Estudos das Migrações e das Relações Interculturais (CEMRI), Grupo de Investigação Saúde, Cultura e Desenvolvimento, Universidade Aberta, Portugal. E-mail: saletecalvino@ess.ipv.pt

Sebastião A. Loureiro de Souza e Silva

Graduação em Medicina, mestrado em Tropical Public Health - University of London, doutorado em Epidemiologia - University of Texas System. Professor Emérito da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Atualmente é vice-coordenador do Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde (INCT-S/Citecs) e vice-coordenador do Programa de Economia Tecnologia e Inovação em Saúde (PECS) da UFBA. Experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Economia da Saúde, atuando principalmente nos seguintes temas: saúde, epidemiologia, doenças tropicais, Inovação e Tecnologias em Saúde. Decano do Centro de Formação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB).

E-mail: loureiro@ufba.br

Victória Libório

Jornalista, bolsista da Fiocruz/BA. Pesquisa divulgação científica, comunicação em saúde, com foco em emergências sanitárias.

E-mail: victorialiboriosimoies@gmail.com

COLOFÃO

<i>Formato</i>	170 x 240 mm
<i>Tipologia</i>	DTL Haarlemmer / Helvetica Neue
<i>Papel</i>	Miolo Alta Alvura 75 g/m ² Capa Cartão Supremo 300 g/m ²
<i>Impressão</i>	Edufba
<i>Acabamento</i>	I. Bigraf
<i>Tiragem</i>	400 exemplares

Esta obra se destina a profissionais de saúde, de ciências sociais e de comunicação interessados em estudos na interface Comunicação e Saúde. Seu escopo abrange a comunicação em diversos objetos da saúde, investigados por pesquisadores brasileiros e portugueses que intercambiam suas experiências, através de diálogos entre o Grupo de Pesquisa de Educação e Comunicação em Saúde do ISC-UFBA-Brasil e o Grupo de Investigação em Saúde, Cultura e Desenvolvimento do CEMRI, Universidade Aberta, Portugal. Tais diálogos propiciam a visibilidade de diversas perspectivas da pesquisa nessa área, na atualidade, e evidencia a riqueza de possibilidades da pesquisa interdisciplinar.

Maria Ligia Rangel-S

Natália Ramos

ISBN 978-85-232-1625-2



9 788523 216252