



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

ANA CAROLINA DE OLIVEIRA MONTEIRO DOS SANTOS

**SAÚDE EM PROMOÇÃO OU PROMOÇÃO EM SAÚDE?
DIÁLOGO ENTRE UM MODELO DE COMUNICAÇÃO BRASILEIRO, UM
CANADENSE E UM ESTADUNIDENSE.**

**BRASÍLIA - DF
2018**



ANA CAROLINA DE OLIVEIRA MONTEIRO DOS SANTOS

**SAÚDE EM PROMOÇÃO OU PROMOÇÃO EM SAÚDE?
DIÁLOGO ENTRE UM MODELO DE COMUNICAÇÃO BRASILEIRO, UM
CANADENSE E UM ESTADUNIDENSE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Strictu Sensu em Saúde Coletiva, da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Valéria M. Mendonça.

**BRASÍLIA - DF
2018**

ANA CAROLINA DE OLIVEIRA MONTEIRO DOS SANTOS

**SAÚDE EM PROMOÇÃO OU PROMOÇÃO EM SAÚDE?
DIÁLOGO ENTRE UM MODELO DE COMUNICAÇÃO BRASILEIRO, UM
CANADENSE E UM ESTADUNIDENSE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Strictu Sensu em Saúde Coletiva, da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Defesa aprovada em: 20 / 08 / 2018.

BANCA EXAMINADORA

Ana Valéria Machado Mendonça (Presidente)

Universidade de Brasília

Dais Rocha (Membro interno)

Universidade de Brasília

Renata Schiavo (Membro externo)

Columbia University

Mariella Silva de Oliveira Costa (suplente)

Fundação Oswaldo Cruz

DEDICATÓRIA

Aos meus pais e irmã, Miguel, Nilcea e Yara, que me ensinaram o valor dos estudos e da saúde e, em especial, à minha mãe, toda a gratidão pelo amor infinito e por sempre ter acreditado em mim, mais do que eu mesma.

Ao meu marido, Marcus Vinicius, por toda a paciência, pela compreensão e por estar sempre ao meu lado me ajudando a enfrentar os desafios que a vida tem me imposto.

Ao diretor de treinamento e capacitação do Centro de Programas de Comunicação da Universidade Johns Hopkins, Benjamin V. Lozare, a pessoa mais sábia que já conheci, cujos ensinamentos me ajudaram a me tornar um ser humano e uma profissional muito melhor.

Aos amigos que se mantiveram ao meu lado durante essa caminhada.

A todos aqueles que não têm medo de sonhar com aquilo que os outros acham impossível, que acreditam na mudança, por menor que seja, e nunca desistirão de tentar fazer a diferença.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Prof^a Dr^a Ana Valéria Machado Mendonça, uma mulher que pensa “fora da caixa”, pelas oportunidades oferecidas e pela confiança em mim depositada, me deixando livre para voar.

A todos os meus colegas (e amigos) da Assessoria de Comunicação da Fiocruz Brasília, pela compreensão, pelo carinho e companheirismo e, em especial ao Wagner Vasconcelos, Mariella Silva de Oliveira Costa e Janayna Maia, cujo incentivo e apoio foram fundamentais para a conclusão dessa trajetória.

Ubuntu, palavra africana que significa: “Sou o que sou pelo que nós somos”.

“O *Ubuntu* não significa que uma pessoa não se preocupe com o seu progresso pessoal. A questão é: o meu progresso pessoal está a serviço do progresso da minha comunidade? Isso é o mais importante na vida”. (Nelson Mandela)

RESUMO

Trata-se de pesquisa que se propõe a investigar se os modelos teóricos acerca de três processos comunicacionais, *P Process*, Modelo Ecosocial e Comunicação Todos-Todos, se aplicam à uma comunicação voltada para a promoção da saúde, tendo como foco sua aplicação no Sistema Único de Saúde (SUS). A partir do panorama sobre a comunicação voltada para a promoção na saúde praticada no Brasil e do estudo dos modelos, busca-se uma ressignificação do papel da comunicação em saúde pública brasileira, para uma dimensão promotora da saúde, com uma atuação mais horizontalizada, formativa, dialógica, intersetorial e com estratégias que promovam a participação cidadã, a autonomia dos indivíduos e a sustentabilidade das políticas, projetos e programas relacionados à saúde coletiva. Dentro da perspectiva da hermenêutica-dialética e da abordagem sistêmica, os modelos foram analisados de forma comparativa, à luz das principais características inerentes à promoção da saúde apontada por Buss. Realizou-se, complementarmente, análise documental para compreensão do panorama da comunicação no âmbito da Política Nacional de Promoção da Saúde. Esta demonstrou necessitar de reformas estruturantes, de forma a sair do patamar campanhístico, pontual e desarticulado, para uma visão ampliada, global da saúde e mais integrada com a sociedade e com as demais áreas de conhecimento. Concluímos que os modelos mostraram-se compatíveis com a promoção da saúde e possuem bases teóricas e práticas que podem contribuir para a comunicação voltada para a promoção no Sistema Único de Saúde. Por fim, identificamos os principais elementos componentes de uma comunicação voltada para a promoção da saúde e agregamos propostas e algumas reflexões sobre o tema.

Palavras-chave: Comunicação em saúde, promoção da saúde, comunicação, modelos teóricos.

ABSTRACT

It is a research that investigates whether the theoretical models about three communication models, P Process, Ecosocial Model and Todos-Todos Communication, apply to a communication for health promotion, focusing on its application in the National Health System. Based on communication panorama focused on health promotion in Brazil and on the study of the models, we seek a re-signification of the role of communication in Brazilian public health, to a health promoting dimension, with a more horizontal, formative action, dialogical, intersectoral and with strategies that promote citizen participation, the autonomy of individuals and the sustainability of policies, projects and programs related to public health. From the perspective of hermeneutics-dialectics and the systemic approach, the models were analyzed in a comparative way, according to the main characteristics inherent in health promotion, as pointed out by Buss. Documentary analysis was also carried out to understand the communication landscape within the scope of the National Policy for Health Promotion. It demonstrated the need for structural reforms, in order to get out of the campaign focused, punctual and disarticulated level, for a broad, global vision of the health and more integrated with society and other areas of knowledge. We conclude that the models were compatible with health promotion and have theoretical and practical bases that can contribute to the communication focused on promotion in the National Health System. Finally, we identify the main components of a communication aimed at the promotion and we aggregate proposals and some reflections on the theme.

Keywords: Health communication, health promotion, communication, theoretical models.

Lista de Figuras

Figura 1 – Diagrama das inter-relações entre comunicação pública, comunicação em saúde e a promoção da saúde.	23
Figura 2 - Modelo P Process.....	48
Figura 3 - Modelo Ecosocial.....	55
Figura 4 - Modelo de comunicação Todos-Todos.....	59

Lista de quadros

Quadro 1 - Os modelos, suas bases teóricas e definições.	63
Quadro 2 - Convergências e divergências entre os modelos a partir das principais características identificadas	82
Quadro 3 - Quadro comparativo entre modelos e as diferenças esquemáticas entre promoção e prevenção preconizadas por Buss (2009).....	95

Lista de Abreviaturas e Siglas

ACS – Agentes Comunitários de Saúde

BVS – Biblioteca Virtual em Saúde

CAP – Comunicação Ampliada de Pesquisa-ação

CCP – *Center for Communication Programs*

CRIS – *Communication Rights in the Information Society*

EC - Modelo Ecosocial

HCP – Health Communication Partnership

LTM – Laboratório Territorial de Manguinhos

OMS – Organização Mundial da Saúde

PIBIC – Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica

PNPS – Política Nacional de Promoção da Saúde

PP - *P Process*

RAS – Rede de Atenção à Saúde

SBCC – *Social and Behavior Change Communication*

SciELO – *Scientific Electronic Library Online*

SNAP – *Social Network for Activity Promotion*

SUS – Sistema Único de Saúde

TICS – Tecnologias de Informação e Comunicação

TT - Modelo de comunicação Todo-todos

UNESCO – Organização das Nações Unidas para Educação, a Ciência e a Cultura

USAID – *US Agency for International Development*

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	15
2. OBJETIVOS	22
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	23
3.1- A COMUNICAÇÃO EM SAÚDE: UM PASSEIO PELO TEMA	24
3.2- O QUE A COMUNICAÇÃO EM SAÚDE TEM A VER COM A COMUNICAÇÃO PÚBLICA? ..	29
3.3- COMUNICAÇÃO E A PROMOÇÃO DA SAÚDE: COMO SE RELACIONAM?	31
3.4- POUCA PRODUÇÃO OU POUCA PROMOÇÃO?	36
3.5- MODELOS E TEORIAS DE COMUNICAÇÃO EM SAÚDE NA ATUALIDADE.....	41
3.6 - TRÊS MODELOS E SEUS APORTES TEÓRICOS	46
3.6.1- O <i>P PROCESS</i>	48
3.6.2- MODELO ECOSSOCIAL	53
3.6.3- O MODELO DE COMUNICAÇÃO TODOS-TODOS	58
4. METODOLOGIA	64
5. A PNPS E A COMUNICAÇÃO: É PRECISO DISCUTIR.....	70
5.1- ENTENDENDO O CONTEXTO	70
5.2- A COMUNICAÇÃO NA PNPS	73
5.3- TEORIA VERSUS PRÁTICA NA BALANÇA.....	76
6. TRÊS PAÍSES, TRÊS MODELOS: O QUE ELES TÊM A NOS DIZER?	81
6.1- CONVERGÊNCIAS E DIVERGÊNCIAS	81
6.2- ADICIONANDO PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	90
6.3- PROMOÇÃO OU PREVENÇÃO: PARA ONDE TENDEM OS MODELOS?.....	95
6.4- AMPLIANDO O PENSAMENTO	97
7. EXISTE RECEITA PARA UMA COMUNICAÇÃO PROMOTORA DA SAÚDE?	99
7.1 - ENSAIO DE UMA PROPOSTA	102
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	110
9. REFERÊNCIAS	114
APÊNDICE A – QUADRO COMPARATIVO DOS MODELOS E SUA INTERFACE COM A PROMOÇÃO DA SAÚDE	122
APÊNDICE B – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DE ARTIGO À REVISTA SAÚDE E SOCIEDADE (USP)	130

APRESENTAÇÃO

A trajetória que me traz até aqui é quase uma conspiração do destino ou seria mais um episódio de Comédias da Vida Privada? Poderia dizer que sou a típica metamorfose ambulante a qual Raul Seixas se referiu. Em Brasília, falhei nos planos de ser cantora, descobri que não possuía atributos suficientes para ser modelo e desisti de ser guia turística. A única certeza que tinha, já em Minas Gerais, é que seria embaixadora. Seguindo essa trajetória torta, entrei na faculdade de jornalismo, em Campinas, sonhando em ser como a Glória Maria, jornalista que na época circulava pelo mundo fazendo reportagens sobre os mais diferentes países e culturas. Ao perceber que jornalismo não era aquilo que imaginei, já de volta a Brasília, acabei me formando em publicidade, pensando em todos os leões de Cannes que ganharia como recompensa pelos trabalhos como diretora de criação de uma renomada agência de publicidade.

Paralelamente, as pressões familiares para realizar concurso público foram inúmeras e, algumas vezes, me rendi a elas com muito contragosto. Mas a decisão já havia sido tomada: eu nunca mais faria concurso público e, principalmente, nunca trabalharia no setor público.

Na correria da vida e na ansiedade de querer tudo ao mesmo tempo e de querer ser alguém, acabamos deixando um pouco adormecido nosso verdadeiro eu e anulando uma parte de nós. Aquela menina que fazia poesias e chorava quando via a chuva havia sumido? Onde estaria a adolescente que, dentro do ônibus, no caminho da faculdade, mesmo não sendo devota, pedia a Deus todos os dias para ter um emprego no futuro em que pudesse ajudar pessoas? E a vontade de mudar o mundo, haveria acabado? Foi quando o destino resolveu que já era hora do resgate e, então, deu-se meu encontro com a saúde coletiva.

Fui trabalhar na Fiocruz e depois de um tempo descobri que estava a serviço do SUS, aquele ‘ sistema para pobres, que deixa as pessoas morrendo nas filas de hospital’. A partir daí, a passos lentos, a saúde coletiva foi me conquistando, revelando suas várias facetas, seus avanços, pesquisas, seu lado humanizado, sua preocupação, com o cuidado em sentido integral, com o respeito ao outro e com a

formação dos sujeitos, até que fui fisgada completamente pela promoção da saúde. Ela nunca me enganou, tem problemas e deficiências a serem sanados, mas também nunca deixou de lutar para transformar-se em algo cada vez melhor. E com essa mesma crença, decidi trilhar meu caminho.

A possibilidade de tentar mudar a realidade das pessoas, independentemente de quantas seja, e de poder contribuir para a melhoria de nosso sistema de saúde, é um prazer, um orgulho e uma honra. Foram várias as experiências, algumas exitosas, outras não, mas são sempre aprendizados que só me fizeram ter certeza de finalmente estar no caminho certo. Continuo sendo publicitária, mas ao invés de vender bens de consumo, vendo saúde, vendo vida, vendo esperança, e essa é uma grande recompensa.

Mas, obviamente, não poderiam faltar também nesse pedaço de trajetória, as velhas certezas e, dessa vez, estando eu em uma instituição acadêmica, desenvolvi a mais certa convicção de que nunca seria uma acadêmica. “Sou gente que faz, não nasci para ficar numa poltrona elocubrando sobre o sexo dos anjos”. E mais uma vez fui traída pelo destino, quando uma pessoa chamada Wagner Vasconcelos me apresentou para a professora Valéria Mendonça e suas ideias mirabolantes dentro da comunicação em saúde. Daí começou um namoro com a academia, o qual demorei ainda um bom tempo para assumir, mas o fiz, foi de vez, a ponto de ouvir de minha orientadora: “Você resolveu casar e nem pediu a minha mão”.

Descobri na academia um mundo novo, onde teoria e prática se encontram e onde as portas do conhecimento foram se abrindo cada vez mais e, certamente nunca irão parar. Mudei várias das minhas convicções a partir daí, tornei-me mais compreensiva, além de melhorar a prática profissional, como consequência deste processo. Mas confesso me orgulhar de manter algumas antigas convicções, inclusive contrárias ao pensamento acadêmico. E, neste lugar de fala, não me sinto desconfortável, já que a academia é responsável pela libertação de nossos pensamentos e por nos dar maior segurança naquilo que afirmamos.

O caminho não poderia ser fácil e ao longo destes anos dedicados à academia assumi maiores responsabilidades profissionais, enfrentei a doença de minha mãe e uma complicação cirúrgica que quase me tirou a vida. Portanto, sinto-me grata por ter chegado até aqui e por ter pessoas que me apoiaram durante todo este tempo e não me

deixaram desistir. Espero que este trabalho traga alguma contribuição para a academia, outros colegas que desejem trilhar caminho parecido e para a saúde pública brasileira.

No momento, diante do cansaço de dois anos de dedicação ao mestrado, a única certeza que tenho é que doutorado não consta em meus planos mas será?

1. INTRODUÇÃO

A comunicação em saúde pública e a promoção da saúde se constituem em sistemas complexos, uma vez que lidam não apenas com estabelecimento de políticas, normas legais, diagnósticos e prescrições médicas. Elas se inserem também em contextos sociais, culturais, individuais, coletivos, econômicos e políticos, que se relacionam, as afetam e se afetam mutuamente. Desta forma, é preciso um olhar também complexo para lidar com as realidades e situações que se colocam a cada momento. Sob a ótica da complexidade de Morin (2015) os saberes foram tornando-se tão especializados, compartimentados, que não permitem que se tenha uma visão global dos fenômenos. É preciso, portanto, unir estes saberes para a compreensão da complexidade de uma determinada realidade. Esta premissa constitui-se um norteador para a pesquisa aqui apresentada.

A palavra complexo vem do latim *complexus*, a qual significa aquilo que é tecido junto. Neste sentido, a complexidade é uma trama, um emaranhado de ações, retroações (pois o efeito também age sobre as causas retroativamente), interações, acontecimentos e, inclusive, acasos, que constituem os fenômenos do mundo (MORIN, 2015)

A partir deste entendimento, buscamos contextualizar alguns elementos que constituem a trama da comunicação em saúde pública em sua atuação para a promoção da saúde no Brasil. Estes elementos são a percepção sobre o que é a promoção da saúde tanto por profissionais de comunicação quanto os de saúde, as práticas e realidades dos profissionais de comunicação em saúde, a produção acadêmica na área, o entendimento dos profissionais da comunicação em saúde e os da saúde sobre o que é comunicação e a relação da Política Nacional de Promoção da saúde (PNPS) com a Comunicação em saúde.

A comunicação praticada na área da saúde pública no Brasil já foi avaliada como predominantemente de caráter instrumental, campanhístico, preventivista (VASCONCELOS; OLIVEIRA-COSTA; MENDONÇA, 2016) e de promoção institucional (ARAÚJO; MURTINHO, 2009). Acredita-se, que suas práticas podem não atender às necessidades de promoção da saúde que contribuam para a melhoria

gradual e de longo prazo da saúde das populações no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Existem elementos que contribuem para este pensamento, sendo um deles a própria percepção sobre a promoção da saúde. Pesquisa baseada nas campanhas promovidas pelo Ministério da Saúde entre 2006 e 2013 (VASCONCELOS; OLIVEIRA-COSTA; MENDONÇA, 2016), cujas temáticas dialogam com a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), mostraram que em sua grande maioria a comunicação esteve voltada para abordagens de cunho preventivo e não da promoção, como deveriam ser. Em estudo comparativo das campanhas contra a Aids realizadas na páginas do *Facebook* do Brasil e Peru, Cadaxa, Sousa e Mendonça (2015) constataram que as mídias sociais não favoreceram conteúdos promotores da saúde dentro daquela temática. Outra referência é o estudo que, ao mesmo tempo em que considera os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) como importante canal de comunicação entre as Unidades Básicas de Saúde e a população, comprova que os ACS do Distrito Federal possuem um conceito de promoção fortemente voltado para a prevenção da saúde. (FERREIRA, 2012). Ou seja, analisando o panorama, percebem-se indícios da confusão entre os termos promoção e prevenção da saúde, assim como a prática pouco expressiva da promoção da saúde no âmbito da comunicação do SUS. Para melhor entendimento sobre a diferenciação entre os dois termos, podemos assumir que a prevenção da saúde se refere à diminuição do risco de doenças, enquanto a promoção da saúde diz respeito ao aumento das chances de saúde e de vida (BUSS, 2000).

Quanto às práticas de comunicação em saúde pública no Brasil, citamos o despreparo de profissionais, que muitas vezes não são capacitados para compreender o universo da saúde pública e não se aprofundam nas questões mais complexas do fazer comunicação para este setor. Profissionais das Secretarias Estaduais de Saúde, por exemplo, alegam a ausência de capacitação de gestores e de profissionais de suas Assessorias de Comunicação, assim como ausência de planejamento da área. (ROMAR, 2014). A falta de planejamento também é apontada em outro estudo (TORRES, 2012).

Existem ainda fatores como o ritmo acelerado de trabalho, estrutura física e de pessoal insuficientes, além da ausência de uma política de comunicação dentro deste

campo. Em uma série de entrevistas em vídeo (ALVES et al, 2014) realizadas com profissionais da comunicação e alguns gestores de órgãos públicos de saúde, chegou-se à conclusão de que a discussão e elaboração de uma política de comunicação para o SUS é urgente e necessária.

A pesquisa mais aprofundada encontrada nessa área, datada de 2009, ratifica as afirmações acima elencadas. Ela buscou responder às questões: “quem fala sobre saúde, com quem, de que modo, onde e quando?” e “que matrizes de pensamento comunicacional estão presentes neste pensar e fazer?” (ARAÚJO; CARDOSO; MURTINHO, 2009, p.7). Os resultados parciais apresentados apontaram para a ausência de capacitação dos profissionais e de planejamento, a fragilidade das estruturas de comunicação, o atendimento a demandas pontuais, a vinculação a determinações políticas e demandas produzidas pelos gestores, as práticas transferenciais, pouca preocupação com a circulação de conteúdos, as abordagens padronizadas sem preocupação com os contextos locais, abordagens voltadas para emergências epidemiológicas, forte presença das assessorias de comunicação (ou de imprensa) como “locus das estratégias e ações” (ARAÚJO; CARDOSO; MURTINHO, 2009, p. 9) da comunicação, focadas normalmente na comunicação com a mídia, com principal intuito de dar visibilidade a uma gestão ou gestor. Percebe-se que muitas destas questões, levantadas na pesquisa de 2009, voltaram a ser apontadas em 2014 (ALVES et al, 2014), sinalizando que os avanços não foram tão significativos.

Como tendências, a pesquisa apontou para o estreitamento das relações com a mídia como principal estratégia de visibilidade, forte noção de mercado pautando a escolha dos profissionais da área, seu planejamento e discurso, uso das tecnologias da informação, uso da internet tanto na lógica transferencial como para potencializar a comunicação com a sociedade, diversidades de perfis nas equipes e processos de gestão participativa concomitantes a experiências de centralização e verticalização da comunicação e novas modalidades de terceirização do setor.

Os discursos de profissionais das assessorias de comunicação em saúde e gestores da área, no Brasil (ALVES et al, 2014), revelam que existe um reconhecimento das dificuldades enfrentadas pelo campo da comunicação em saúde pública, da necessidade de uma política de comunicação para o SUS e do papel

estratégico que a comunicação representa. Por outro lado, observam-se em suas falas que são poucas as propostas de mudanças, novas diretrizes e nova forma de organização.

No que se refere ao campo acadêmico de produção de conteúdo com a temática da comunicação e saúde, extensa revisão de literatura (TORRES, 2012) concluiu que ainda prevalece entre os profissionais de saúde e também nos de comunicação, a ideia de um processo de transmissão de informações para o público. Principalmente, entre os profissionais de saúde, há prevalência do modelo biomédico, o qual reflete a desigual relação de poder entre o saber científico e popular, apontado por Coriolano-Marinus, et al (2014), que impõe uma comunicação verticalizada. Há uma tendência cada vez maior entre os pesquisadores em superar essa concepção instrumental da comunicação, mas a aplicação ainda se mostra engessada no velho modelo emissor – receptor, é o que conclui Torres. Apesar dos avanços, a autora considera “fundamental discutir ainda mais os princípios modeladores no caminho de uma comunicação polifônica, dialógica e propositiva” (TORRES, 2012, p.100). Acreditamos que dentro da perspectiva da comunicação para a promoção da saúde, estes fatores constituem uma das premissas geradora da presente pesquisa.

Outro estudo mapeou e analisou o estado da arte da produção de conhecimento científico da comunicação e saúde no Brasil entre os anos de 1987 e 2012 (RANGEL-S; GUIMARÃES; BELENS, 2014). As áreas de enfermagem, medicina, psicologia e fonoaudiologia representam 72% da produção científica de comunicação e saúde. Assim como apontado anteriormente, uma de suas constatações é que a produção na área de comunicação e saúde, apesar de crescente na curva temporal, ainda é escassa e com predominância de estudos biomédicos e clínicos, que consideram o caráter mais instrumental da comunicação, como a comunicação médico paciente ou a competência comunicacional para dar notícias ruins. Camesqui (2012) chega à mesma conclusão a respeito da baixa produção brasileira na temática da comunicação em saúde, cuja busca bibliográfica também envolveu o tema educação, representando 4% dos textos encontrados avaliados na base de dados Scielo, entre os períodos de 1997 a 2007.

Segundo Rangel-S, Guimarães e Belens (2014), a produção na atenção básica em comunicação em saúde é baixa, o que nos serve de alerta, uma vez que tal nível de atenção é considerado, de acordo com os autores, fundamental para a mudança no

modelo, via investimento na estratégia Saúde da Família. Esta, por sua vez, tem como ações prioritárias a proteção, prevenção e promoção da saúde (RANGEL-S; GUIMARÃES; BELENS, 2014), sendo esta última elemento fundamental para nosso objeto de estudo no campo da comunicação em saúde. Em análise dos artigos publicados em periódicos da área de saúde coletiva com qualis A e B, o tema promoção da saúde representou apenas 9.8%, das publicações, tendo como principal objetivo “ a análise da comunicação sazonal nos grupos socioeducativos das equipes de Saúde da Família para prevenção e controle da dengue” (RANGEL-S; GUIMARÃES; BELENS, 2014, p. 630). Notamos aí uma incongruência em relação ao objeto promoção da saúde e uma das finalidades do estudo que visa a prevenção da dengue.

Os autores apontam para alguns estudos que foram marcos, por apresentarem uma postura mais crítica e que busca romper com a visão instrumental da comunicação em saúde, dentre eles Bernardo Kucinsky e Àurea Pitta. Pitta (2002) faz uma crítica ao discurso biomédico das mídias, questiona os interesses privatistas e políticos que estão por trás destes discursos, entende a comunicação como estratégica quando se trata de políticas públicas e defende a existência e mais estudos que considerem a saúde em sua visão ampliada, com foco na promoção e como direito dos cidadãos.

Rangel-s, Guimarães e Belens (2014) finalizam seu estudo com a recomendação de que é necessário:

O incentivo à realização de pesquisas e publicação dos produtos, reforçando o movimento crítico da década de 90, quando começaram as publicações sobre esse tema, com foco na crítica ao modelo biomédico, na mercantilização de saúde e na reivindicação da comunicação em saúde como parte na formulação de estratégias nas políticas públicas de saúde. (RANGEL-S; GUIMARÃES; BELENS, 2014, p. 636)

Diante da realidade posta, acredita-se na necessidade da busca de novos conceitos, e práticas que auxiliem no desenvolvimento de uma comunicação promotora da saúde e que amplie o seu escopo para a lógica de uma comunicação cidadã, promotora de interlocução com a sociedade e voltada para seus interesses em primeiro lugar A complexidade imposta pela promoção da saúde exige um olhar também complexo, multidisciplinar (com vistas ao alcance da transdisciplinaridade) a

qual se pretende, por meio de análise comparativa de modelos, vislumbrar novos caminhos.

Entendemos que realizar comunicação em saúde pública é realizar, a comunicação pública. Brandão (2003) aponta como um dos atributos da comunicação pública, promover engajamento da população nas políticas públicas. Portanto, a partir do surgimento de uma Política Nacional de Promoção da Saúde – PNPS - (2006, revisada em 2014) no Brasil, a comunicação em saúde pública deve se apropriar do tema e passar também a considerar a promoção da saúde em suas ações. Assim como gestores de instituições públicas de saúde deveriam incentivar sua prática. Ratificamos este pensamento em Rangel-S, Guimarães e Berens (2014) os quais afirmam que além da educação, a comunicação é elemento prioritário em se tratando da Política de Promoção da Saúde. É a partir deste pensamento que não pudemos prescindir da análise da dimensão da comunicação na PNPS.

Pretende-se, portanto, promover diálogo entre três modelos de comunicação em saúde, a saber *P Proces* (CENTER FOR COMMUNICATION PROGRAMS, 2011), Modelo Ecosocial (RENAUD; BOUCHARD, 2015) e Comunicação Todos-Todos (MENDONÇA, 2007), formulados em torno da prática da comunicação em saúde e, assim, buscar elementos que auxiliem no pensamento da comunicação para a promoção da saúde.

O *PProcess* é uma metodologia de planejamento em seis passos desenvolvida pelo *Center for Communication Programs* da Universidade *Johns Hopkins*, que preconiza o planejamento interdisciplinar, tendo como base a busca aprofundada da ‘causa raiz’ (tradução livre) do problema a ser revertido e foco na comunicação para mudança social e de comportamento. O modelo Ecosocial, baseado na análise das normas sociais, preconiza a diversidade de atores sociais e seus papéis desempenhados dentro do processo de estabelecimento e/ou manutenção de uma norma em saúde. Por fim, o modelo Todos-Todos, tem como base a comunicação extensiva e discute a relação dos sujeitos entre si e com o ambiente, num contexto contínuo de consumo, produção e ressignificação de conteúdos, tendo as Tecnologias de Informação e Comunicação em Saúde (TICS) como ambiente catalizador do processo, onde o espaço físico e o tempo perdem a importância ao passo que a produtividade, a interação e a conectividade ganham relevância a partir da apropriação dos conteúdos

pelos sujeitos estratégicos. Esta pesquisa propõe, portanto, transpor fronteiras entre Brasil, Canadá e Estados Unidos, na busca de uma possível linguagem comum que aponte para as características elementares que levem a um modelo de práxis dirigido a uma comunicação promotora da saúde.

Em que os modelos de comunicação podem contribuir para o desenvolvimento de uma comunicação promotora da saúde pública no Brasil? Como se dá a comunicação em sua inter-relação com a promoção da saúde, dentro da perspectiva da Política Nacional de Promoção da Saúde? Questões como essas se tornaram o motor propulsor desta pesquisa, que busca compreender de forma global essas relações, na tentativa de contribuir para o pensamento da comunicação promotora de saúde no país.

2. OBJETIVOS

Objetivo Geral

Investigar se os modelos teóricos acerca dos processos comunicacionais - *P Process* (CENTER FOR COMMUNICATION PROGRAMS, 2011), Ecosocial (RENAULD; BOUCHARD, 2015) e Comunicação Todos-Todos (MENDONÇA, 2007) - se aplicam à uma comunicação voltada para a promoção da saúde, tendo como foco sua aplicação no Sistema Único de Saúde.

Objetivos Específicos:

- Identificar características comuns aos três modelos propostos, que se alinhem à concepção de promoção da saúde de Buss (2009);
- Discutir as práticas de comunicação dentro da Política Nacional de Promoção da Saúde;
- Propor caminhos de comunicação na promoção da saúde realizada no âmbito do SUS à luz de três modelos teóricos: *P Process*, Ecosocial e Todos-Todos.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A abordagem aqui proposta considera algumas macro dimensões que são a dimensão pública, a dimensão da comunicação e a dimensão da promoção da saúde. Levando-se em conta sua inter-relação e destas com nosso objeto de pesquisa, afirmamos que nosso ponto de partida é a comunicação pública, a comunicação em saúde pública e a promoção da saúde. Num primeiro momento, entendemos esta relação conforme o esquema abaixo:

Figura 1 – Diagrama das inter-relações entre comunicação pública, comunicação em saúde e a promoção da saúde.



fonte: elaborado pela própria autora (2018).

Observe que a comunicação em saúde faz intersecção tanto com a comunicação pública quanto com a promoção da saúde, o que faz sentido considerando-se as características intrínsecas a ambas e o papel que a comunicação em saúde exerce, dentro de seu campo, de elo entre sociedade e Estado (como preconizado pela comunicação pública), de dar voz aos cidadãos, de contribuir para tomada de decisões mais conscientes em saúde, de incentivar a participação, de buscar agregar diferentes atores em prol da saúde, de agir como arena em alguns momentos (mediador de conflitos) e de fórum em outros (espaço dos consensos), ente outros fatores.

Dentro de uma perspectiva sistêmica - que considera um todo formado a partir de elementos em interação - e transdisciplinar, que preconiza o olhar transversal resultante da interação entre diferentes campos, consideramos outros componentes que

se relacionam, constituem e constroem estas dimensões. Portanto, surgem a partir daí, as discussões a respeito das teorias e modelos que constituem o campo da comunicação em saúde, a atuação da comunicação dentro do contexto da promoção da saúde e, conseqüentemente, a comunicação e sua relação com uma Política Nacional de Promoção da saúde.

3.1- A COMUNICAÇÃO EM SAÚDE: UM PASSEIO PELO TEMA

Araújo e Cardoso (2007) consideram a comunicação e a saúde como dois campos que, por meio da inter-relação de seus elementos, formam o campo da Comunicação e Saúde. Diferentemente de outros autores (e o autor desta pesquisa também) que intitulam o campo como Comunicação em Saúde ou Comunicação para a saúde, as autoras justificam a escolha pelo conectivo ‘e’, pelo fato de a comunicação não ser apenas um mero ferramental para atender à saúde, não havendo uma relação de subordinação. No entanto, esta autora discorda desta visão de subordinação, uma vez que ao falarmos em comunicação em saúde estamos tratando, na realidade, da formação de um novo campo, da comunicação voltada para a saúde coletiva, com especificidades, conceituações, princípios e dinâmica próprios. Constitui-se um processo transdisciplinar. A transdisciplinaridade promove um diálogo entre disciplinas e, deste diálogo, podem surgir novas disciplinas (MENDEZ, 2013). A transdisciplinaridade se caracteriza pela cooperação de saberes em torno de um tema de investigação e “(...) não procura domínio sobre as várias outras disciplinas, mas a abertura de todas elas, àquilo que as ultrapassa e as atravessa” (FREITAS; MORIN; NICOLESCU, 1994, art. 3º).

Schiavo (2014) considera a multidisciplinaridade como uma das principais características da comunicação em saúde, porém insistimos no caráter transdisciplinar intrínseco à sua natureza. A própria autora, além de outros afirma, que a comunicação em saúde advém de várias disciplinas e campos teóricos, tais como ciências sociais e comportamentais, educação em saúde, marketing social, psicologia, antropologia, comunicação de massa e marketing. Storey et al (2014) alegam que comunicação em saúde é um subconjunto de uma disciplina mais ampla de ciências da comunicação que, na última metade do século XX, nasce de diferentes raízes, tais como sociologia, psicologia, ciências políticas, antropologia, cibernética, neurociência, entre outros.

Portanto, mesmo que suas práticas possam não ter atingido o patamar da transdisciplinaridade, a sua natureza e o fato de encontrarmos relatos de experiências transdisciplinares de pesquisa em saúde (MENDEZ, 2013), demonstram que é um caminho possível e necessário para a comunicação em saúde.

Vistas estas considerações iniciais, façamos um breve histórico de sua trajetória. Em termos internacionais, o marco histórico da comunicação em saúde se dá na década de 70, na Universidade de Stanford, nos estados Unidos, por meio do *Stanford Heart Disease Prevention Program*. Este programa foi desenvolvido por um médico e um profissional de comunicação, com o intuito de mudar o comportamento da população pertencente a três comunidades da Califórnia, cujos hábitos não saudáveis e dieta rica em calorias incidiam em altos índices de doença do coração. O programa possuía diversos níveis de ação para fazer a população adquirir um comportamento saudável. (BERTOL, 2017). Essa forma como o programa foi desenvolvido, em passos, há mais de trinta anos, vai de encontro com o que Schiavo (2014) preconiza atualmente como um dos elementos para o sucesso nas ações de intervenção de comunicação, que é o desenvolvimento de ferramentas e passos de comunicação que facilitem a adoção ou manutenção de um comportamento, prática ou mudança política, por parte da comunidade. É importante ressaltar que as teorias da comunicação voltadas para a saúde, superestimavam a mudança individual de comportamento e, a partir de críticas, principalmente de acadêmicos Latino americanos, os quais enfatizavam a necessidade de se considerar questões estruturais e a iniquidades, passaram a considerar, além das questões psicossociais, outros determinantes de saúde, tais como acesso a recursos, por exemplo (STOREY; FIGUEROA, 2012).

Outro marco importante para a consolidação da comunicação em saúde apontado por Bertol (2017), é o lançamento do *Journal of Health Communication*, em 1996, que segundo a autora “antecipou a expansão da comunicação em saúde nos Estados Unidos e no resto do mundo”.

Dentro da perspectiva histórica brasileira, os campos da comunicação e da saúde só passaram a ser reconhecidos em suas inter-relações e nominados, a partir da década de 1990, após questionamentos e críticas advindos de profissionais dos

serviços de saúde e de instituições de ensino e pesquisa. Mas, mesmo assim, nunca estiveram dissociadas. (ARAÚJO; CARDOSO, 2007).

Nas primeiras décadas do séc XX as práticas de sanitarismo campanhista difundiam medidas de higiene que se baseavam em teorias de comunicação de cunho behaviorista estímulo – resposta. Tal teoria preconizava que o emissor, ao enviar uma mensagem ao receptor, obteria uma reação conforme seu desejo. O modelo transferencial continuou no período Vargas onde a comunicação, inspirada no modelo de Laswell (quem, diz o quê, em que canal, para quem, com que efeito?) buscou a “gestão governamental das opiniões” (ARAÚJO, 2007, P. 96) por meio de difusão massiva de informações sobre saúde. No pós-guerra a comunicação teve papel importante para a arrancada desenvolvimentista. Enquanto instituições de saúde atuavam em áreas economicamente estratégicas com atendimento médico massivo e mobilização comunitária, a comunicação atuava dentro da perspectiva da *Two step flow* (comunicação em dois fluxos), que consiste em teoria da comunicação que atribui responsabilidade e relevância ao líder de opinião (ou líder comunitário), que exerce influência sobre outros membros da comunidade. Essa teoria representou um certo avanço, atribuindo ao processo de comunicação um caráter menos verticalizado. A década de 60 configura-se como um período de debates em torno dos modelos de comunicação hegemônicos transferenciais, estimulados pelos pressupostos Freireanos que preconizavam a dialogia e a horizontalidade dentro de um contexto cultural e histórico. Este movimento foi interrompido no período da ditadura, que consolidou um modelo de saúde médico hospitalar e preventivista e reordenou a organização do Estado separando a educação da comunicação no campo da saúde. Esta passa a ser vinculada aos gestores e a atender demandas de imprensa. O modelo de comunicação transferencial; informacional se acirrou e, segundo Araújo, Cardoso e Murinho (2009), permanece até hoje, constituindo-se como modelo hegemônico, apesar de sempre confrontada por contra movimentos inspirados em Paulo Freire, nas teorias críticas da comunicação - que visam à transformação da realidade levando em consideração as realidades econômicas e sócio-políticas – entre outras.

Também encontramos na literatura internacional menção à influência do pensamento do educador brasileiro Paulo Freire, apontado como base filosófica para o desenvolvimento do modelo de comunicação em saúde intitulado *Communication for*

Social Change model, desenvolvido pela *Johns Hopkins University* sob chancela da *Rockefeller Foundation* (FIGUEROA et al, 2002). Tal modelo busca promover mudança social por meio de diálogo comunitário e ações coletivas que levem, ao fim, à melhoria das condições de saúde e bem estar de uma comunidade. Aliás, os autores do modelo afirmam que teóricos e ativistas da comunicação latino-americanos tiveram grande influência para dar a ele um caráter mais inclusivo e abordagens mais integradas.

Entendido o histórico, é necessário refletir sobre que comunicação em saúde nos referimos para elaboração desta pesquisa. Selecionamos alguns autores cuja confluência de pensamento nos ajuda a compreender melhor o tema.

Araújo e Cardoso (2007) definem a Comunicação e Saúde como um campo indissociado da noção de direito, voltado para os cidadãos os quais, por meio de debate público de interesse coletivo, devem possuir condições e informações suficientes para exercer sua cidadania, pela participação efetiva nas políticas públicas de saúde com vistas à melhoria do sistema público de saúde.

Complementarmente a esta visão do campo, Schiavo (2014) apresenta uma dimensão de comunicação em saúde que atrela as suas práticas à questão do comportamento, da influência e das políticas públicas. A definição formulada pela autora emerge da integração entre uma perspectiva baseada na prática e os principais elementos encontrados nas definições mais recentes de comunicação em saúde (formuladas até o ano de publicação do seu livro: 2014):

Uma abordagem multifacetada e multidisciplinar para alcançar diferentes públicos e compartilhar informações relacionadas à saúde, com o objetivo de influenciar, engajar e prover suporte a indivíduos, comunidades, profissionais de saúde, grupos especiais, políticos e o público para defender, introduzir, adotar ou sustentar um comportamento, prática ou política que por fim melhorará as condições de saúde. (SCHIAVO, 2014, p. 11). Tradução nossa.

A comunicação em saúde, para Beltrán (1995), vista como processo social, é um mecanismo de intervenção que gera influência social, a fim de promover conhecimentos, atitudes e práticas favoráveis ao cuidado da saúde pública.

Figueroa e Storey (2012) reconhecem a importância do papel da comunicação e seus impactos na saúde ao afirmar que vasta literatura comprova que a comunicação

pode fortalecer vários aspectos da realidade do homem, tanto no domínio individual, cuidando de si e da saúde de sua família, quanto no domínio comunitário, se engajando e desafiando o sistema de saúde a melhorar a qualidade e acesso aos serviços ou no domínio governamental, pautando temas prioritários de saúde, de forma a corrigir desequilíbrios em saúde e iniquidades.

Rimal e Lapiinsky (2009) ao apontar para a importância do papel da comunicação em relação à saúde e ao bem-estar, o que inclui prevenção, promoção e qualidade de vida, defendem a existência de duas dimensões em todo ato comunicativo. Uma delas, a instrumental, é aquela que considera a mensagem, o público, a resposta desejada e o canal. Já a ritualística, enxerga o indivíduo como membro de uma comunidade, onde há interação entre eles e produção de significados. Estes significados são produzidos tanto no nível individual, o que envolve experiências, crenças e conhecimentos, quanto no nível macrossocial, que são as relações, a cultura e as normas sociais. Pensar em comunicação apenas em seu aspecto instrumental é negligenciar o processo ritualístico que, automaticamente, ocorre no processo comunicativo.

Buss (2009) nos apresenta a definição da OPS/UNESCO de comunicação em saúde a qual contém em seu conceito o compartilhamento de conhecimentos e práticas para melhoria das condições de saúde; defende não apenas o fornecimento de informações, mas a existência de elementos de educação, de mobilização, de persuasão e de participação social. Considera, ainda, a comunicação como instrumento de democratização da informação, de acesso a conhecimentos, de forma que a população tenha consciência de suas ações, tanto como indivíduos e como corpo social e adote ou fortaleça culturas que estejam a favor da vida e do bem-estar.

A partir da compreensão da comunicação em saúde buscamos, a partir de agora, suas inter-relações.

3.2- O QUE A COMUNICAÇÃO EM SAÚDE TEM A VER COM A COMUNICAÇÃO PÚBLICA?

Um elemento importante para a compreensão da pesquisa proposta é o estabelecimento da relação entre a comunicação em saúde e a comunicação pública. Parte-se do entendimento de que ao tratarmos da comunicação para a saúde nas esferas governamentais, estamos nos referindo, entre outras coisas, à comunicação pública, que diz respeito às questões de interesse coletivo. Ao buscarmos a fundamentação do tema em Duarte (2003, p. 7-19) percebemos variáveis comuns que perpassam tanto o tema da comunicação pública, quanto o da comunicação em saúde. Dentre as variáveis comuns estão a interação, o estímulo à cidadania, a participação coletiva, o processo circular de troca de informações, a identificação de demandas sociais e o atendimento às necessidades do cidadão.

A comunicação pública, de acordo com Brandão (2012), é um conceito ainda em construção, com interpretações diferentes, sem uma atuação profissional definida e é aberta a vários saberes e atividades. Essa abertura, de caráter multisetorial, é que nos permite criar uma interseção entre a comunicação em saúde e a comunicação pública,

A autora sistematiza as atividades e saberes da comunicação pública em cinco grandes áreas: 1- Comunicação Pública identificada com comunicação organizacional, que se refere à comunicação estratégica e planejada voltada para o interior das organizações e destas com o público externo, de forma a construir a sua imagem institucional; 2 – Comunicação Pública identificada com Comunicação Científica, que reconhece o papel social da divulgação do conhecimento científico, estimulando o debate público, a consciência cidadã e prestando contas à sociedade, além do seu papel político, influenciando nas políticas públicas e na tomada de decisão; 3 – Comunicação Pública identificada como Comunicação de Estado e/ou Governamental, que trata dos fluxos de informação e comunicação voltados para a cidadania; 4 - Comunicação Pública identificada com Comunicação Política, a qual se refere tanto à dimensão da divulgação de ideias e posicionamentos do Governo ou de partidos políticos, quanto “como arena onde se dá a disputa histórica entre o direito da sociedade de interferir e determinar conteúdos e o acesso aos veículos e tecnologias de comunicação de massa e os proprietários de veículos e detentores de novas tecnologias

de comunicações” (BRANDÃO, 2003); 5 – Comunicação Pública identificada com estratégias de comunicação da sociedade civil organizada, a qual se refere à comunicação democrática e participativa, onde se reconhece que as responsabilidades públicas não são exclusivas do Governo, mas de toda a sociedade, sendo utilizada como instrumento de mobilização das comunidades e como eixo da dinâmica das mesmas.

Brandão (2012) referenciar identifica um ponto em comum entre as categorias acima apresentadas, que corresponde ao pensamento sobre a comunicação pública mais difundido no Brasil: um processo comunicativo, fruto da relação existente entre Estado, Governo e sociedade, com foco na informação para construção da cidadania. Para fins desta pesquisa, não adotaremos a formulação literal da autora, pelo fato de considerarmos a comunicação algo que vai muito além da informação, caso contrário, não faria sentido falarmos em participação e cidadania. Desta forma, definimos o ponto de confluência das categorizações de comunicação pública como um processo comunicativo, fruto da relação existente entre Estado, Governo e sociedade, com foco na construção da cidadania. Podemos dizer, portanto, que a comunicação em saúde pública corresponde ao elo desta tríade, mas dentro do campo da saúde.

Buscamos em Zémor uma definição de comunicação pública onde podemos identificar elementos da relação acima exposta:

Se as finalidades da comunicação pública não devem estar dissociadas das finalidades das instituições públicas, suas funções são de: a) informar (levar ao conhecimento, prestar conta e valorizar); b) de ouvir as demandas, as expectativas, as informações e o debate público; c) de contribuir para assegurar a relação social (sentimento de pertencer ao coletivo, tomada de consciência do cidadão enquanto ator); d) e de acompanhar as mudanças, tanto as comportamentais quanto as da organização social. (ZÉMOR, 1995, P.1)

Documento produzido no colóquio ‘Comunicação como determinante social da saúde’, prévio à I Conferência Regional de Determinantes Sociais da Saúde, propôs, entre outros, o reconhecimento do caráter público da comunicação, que deve se materializar em políticas com fins de garantir pluralidade de ideias e opiniões, além da diversidade dos contextos regionais (ARAÚJO, 2013). Duarte (2005) corrobora com esta evolução do pensamento da função da comunicação ao problematizar a amplitude do direito à comunicação, o qual considera que muitas vezes é visto como direito de informar o cidadão, ignorando sua capacidade de agente ativo neste processo.

Visto isso, podemos considerar a interseção entre a comunicação em saúde e a comunicação pública, dentro da perspectiva de construir bases para o debate público, para a tomada de consciência e formação da cidadania, de dar voz, de fazer circular a informação e as diferentes produções de sentidos e na constituição de elo entre Estado, Governo e sociedade, com foco na saúde. Desta forma, a comunicação em saúde constituída por atributos comuns à comunicação pública, deve considerar, dentre suas atribuições, contribuir para a promoção da saúde da população.

3.3- COMUNICAÇÃO E A PROMOÇÃO DA SAÚDE: COMO SE RELACIONAM?

Um dos elementos chave que norteia a pesquisa proposta é compreender a dimensão de promoção da saúde da qual nos referimos e de que forma a comunicação se relaciona com ela.

Recorremos a Luis Ramiro Beltrán (1995) para contextualizar alguns marcos históricos da promoção da saúde. O termo “promoção da saúde” surge na década de 40, nos Estados Unidos, cunhado por Henry Sigerist. O médico chegou à conclusão de que a saúde, mais do que depender da medicina, estava ligada também a condições dignas de trabalho e vida, educação livre e meios adequados de repouso e recreação. Passa a considerar, desta forma, a promoção da saúde como prioritária para a medicina. No ano de 1947 a OMS, imbuída deste mesmo espírito, declara a saúde como um bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças. O *informe Lalonde*, publicado no Canadá em 1974, constituiu-se em um marco por trazer uma nova abordagem para a análise das políticas de saúde (BUSS, 2009) e nova perspectiva para a saúde pública, abandonando a ideia da medicina como sua única responsável. Propõe uma ampliação ao conceito de campo de saúde, considerando-o composto por quatro elementos: biologia humana, ambiente, estilo de vida e assistência à saúde.

Em 1978, a Declaração de Alma-Ata, fruto da I Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde, um dos eventos mais importantes para a saúde pública mundial, (BUSS, 2009) reconhece a saúde como um direito fundamental (BELTRÁN, 1995).

Em 1986, a Carta de Ottawa, resultado da I conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, reforça o conceito ampliado de saúde adotado pela OMS e coloca como condições para a saúde “...paz, educação, habitação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade” (BUSS, 2016, p. 23). Define ainda, como estratégias para promoção da saúde: 1. A defesa da causa, de forma a fazer com que elementos políticos, econômicos, sociais, comportamentais, culturais biológicos e ambientais sejam favoráveis à saúde. 2. A capacitação das comunidades, para que tenham informações e condições de atuarem sobre os determinantes sociais para melhoria de sua qualidade de vida e saúde. 3. A mediação intersetorial, ou seja, de todas as partes envolvidas, entre os diferentes interesses.

Em 1988, o Diretor geral da OMS declara a saúde como produto da ação social, reconhecendo que ela não é resultado apenas da ação médica.

Além destes, várias outras publicações, eventos e pesquisas foram e são realizados em prol da construção do conceito da promoção da saúde, dentro de uma perspectiva ampliada.

É recente a perspectiva positiva do discurso sanitário, que estabelece uma nova relação entre o entendimento do processo saúde-doença (CZERESNIA, 2016). No Brasil, foi o relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, um marco referencial da construção do SUS, que trouxe em seu texto o conceito ampliado de saúde, considerando-a como “(...) resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde” (BRASIL, 1986, p.4). Ainda de acordo com o texto a saúde “(...) define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas”. Este entendimento dialoga com Contrandriopoulos (1999, p. 31), que considera quatro dimensões da saúde, a saber: a adaptação da vida ao seu ambiente, felicidade e bem-estar, ausência de doença e concepções e representações sociais da saúde.

Czeresnia (2016) afirma ainda que o reconhecimento da amplitude da concepção de saúde, ao mesmo passo que representa um avanço, constitui também nova problemática uma vez que

(...) está-se lidando com algo tão amplo quanto a própria noção de vida. Promover a vida em suas múltiplas dimensões envolve, por um lado, ações de âmbito global de um Estado e, por outro, a singularidade e autonomia dos sujeitos, o que não pode ser atribuído a responsabilidade de uma área de conhecimento e práticas”. (CZERESNIA, 2016, p. 50).

Observe que a autora, ao afirmar que a saúde não pode ser responsabilidade apenas uma de área de conhecimento e práticas, refere-se à necessidade de um olhar e atuação multidisciplinares para dar conta da complexidade que representa a saúde e sua promoção. Com base nesta perspectiva e na contemporaneidade do reconhecimento positivo sobre saúde, pode-se afirmar que ainda é grande o desafio a ser enfrentado para promover saúde numa sociedade ainda centrada em um modelo biomédico.

Promover saúde não é apenas garantir acesso aos serviços de saúde, mas sim criar boas condições de alimentação, educação, lazer e tantos outros determinantes, provenientes tanto de ações do Estado quanto da própria população. Reconhecemos, portanto, este caráter intersetorial da promoção da saúde, respaldando-nos em Buss (2009), que afirma a necessidade da articulação dos saberes populares e técnicos e da utilização de recursos públicos e privados, institucionais e comunitários. A comunicação, portanto, no intuito de promover a saúde, deve se dispor a impulsionar um movimento que, ao fim, leve à mobilização dos mais ampliados setores da sociedade e do estado na busca da construção das melhores condições de saúde para a população. Corcoran (2010) corrobora com este pensamento ao afirmar que a comunicação para promoção da saúde atua em múltiplos níveis, que podem ser individuais, coletivos, organizações, comunidades ou mídia de massa, incorporando uma abordagem holística da promoção.

Paim (2009. p. 46) associa a promoção da saúde à ideia de atuar sobre a causa das causas, atuar sobre os determinantes socioambientais que resultam em boas condições de saúde, levando-se em consideração as condições de vida, lazer, higiene, educação, cultura e até mesmo paz. O autor considera que a promoção da saúde se dá por meio de medidas gerais e inespecíficas, que estimulem a saúde e a qualidade de vida. Desta forma, a comunicação deve fomentar essas ações gerais, que levam à mobilização do Estado e da população, assim como ao despertar da cidadania e do empoderamento na busca de melhores condições de saúde.

Além de todos os aspectos acima apontados, entendemos que a comunicação, voltada à promoção da saúde, deve buscar uma prática formativa e engajadora, em detrimento da prática informativa, que tenha como características a dialogia e a transdisciplinaridade, de maneira a permitir a adaptação aos contextos, a construção, desconstrução e reconstrução de saberes e formação da consciência cidadã, de maneira individual ou coletiva, em prol da saúde em sentido ampliado.

Ao reconhecer a promoção da saúde como um processo social, Beltrán (1995) aborda a dimensão da comunicação para as políticas de promoção, ressaltando sua importância. Defende o papel dos meios de comunicação para estimular comportamentos ativos da população, a fim de atingimento das aspirações das políticas, estratégias e planos de saúde pública. Este pensamento, a princípio nos pareceu reducionista por 1. Se referir à comunicação como “meios”, remetendo apenas ao seu caráter instrumental. 2. Estabelecer uma relação unidirecional, onde a população age de acordo com o preconizado pela saúde pública, mas sem considerar o inverso. No entanto, posteriormente o autor apresenta tabelas que associam a comunicação a técnicas de contato individual, de grupo ou massa, princípios de comunicação para o desenvolvimento e antropologia cultural, ampliando o escopo da comunicação em seu papel para promoção da saúde.

Buss (1999) considera o protagonismo da população como imprescindível tanto no conceito como na prática da promoção da saúde, o que o leva a declarar a importância do provimento de informações para fomentar o exercício da cidadania e “iniciativas do poder público nos campos da educação e da comunicação em saúde” (BUSS, 1999). O autor considera a comunicação tanto interpessoal, quanto das mídias de massa como ferramentas para promoção da saúde, juntamente à educação e à informação. Isso reforça não só nossa afirmação a respeito da importância da comunicação para a promoção da saúde, mas principalmente nossa defesa de que as instituições públicas, o que inclui suas áreas de comunicação, devem assumir seu compromisso com a promoção da saúde.

Ao discutirmos acima a relevância da comunicação para as políticas públicas, torna-se importante ressaltar que a comunicação está contemplada na Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) (BRASIL, 2015), compondo tanto seus objetivos específicos, quanto seus eixos operacionais. Apesar de não explicitamente citada,

consideramos que também está contemplada no inciso XII das competências comuns a todas as esferas de gestão do setor Saúde, o qual preconiza o estímulo às “iniciativas e as ações de promoção de saúde, bem como a produção de dados e a divulgação de informações” (BRASIL, 2015, p. 16). A política não especifica o que é a comunicação, mas deixa transparecer em seu texto tanto o entendimento de um viés instrumental, quanto uma visão mais ampliada, de espaço de escuta e que dá voz aos atores. Dentro desta perspectiva mais ampliada, consideramos que a comunicação em saúde é transversal à PNPS, por reunir as características que culminam naquilo que a política preconiza:

Para se operar a política de saúde, incluindo a de promoção da saúde, é necessária a consolidação de práticas voltadas para indivíduos e coletividades, em uma perspectiva de trabalho multidisciplinar, integrado e em redes, de forma que considere as necessidades em saúde da população, em uma ação articulada entre os diversos atores, em um determinado território. (BRASIL, 2015, p.7).

(...) A saúde exige a participação ativa de todos os sujeitos na análise e na formulação de ações que visem à sua promoção. Assim, a abordagem da promoção da saúde aponta para o desenvolvimento de políticas públicas e para a produção e disseminação de conhecimentos e práticas de saúde de forma compartilhada e participativa. (BRASIL, 2015, p.8).

Beltrán (1995) afirma que a concretização das políticas de promoção da saúde depende significativamente da capacidade de comunicação em saúde de cada país, uma vez que elas envolvem mudanças de comportamentos tanto do público beneficiário, quanto dos provedores da saúde. A necessidade da mudança de comportamento é enfatizada pelo, *Population Reference Bureau*, (CORCORAN, 2010) que afirma que as maiores causas de morbidade e mortalidade estão relacionadas ao comportamento. Portanto, entender os fatores que levam a determinados comportamentos é fundamental para reduzir as taxas de morbidade e mortalidade. Como a comunicação se relaciona a esta questão? Corcoran (2010) afirma que qualquer ação de comunicação para a promoção da saúde deve iniciar analisando os aspectos comportamentais do problema, pois a capacidade de prever comportamentos e entender os fatores que levam a eles facilita o planejamento das ações de intervenção. Neste sentido, as teorias, escolhidas caso a caso, não produzem as ações de intervenção, mas as guiam para que se preveja o desfecho e as relações entre as variáveis, tanto internas quanto externas.

3.4- POUCA PRODUÇÃO OU POUCA PROMOÇÃO?

Com o intuito de identificar o que se tem publicado a respeito da prática da comunicação voltada para a promoção da saúde pública no Brasil e a possível existência de vínculos entre a PNPS e estas práticas, foi realizada revisão de literatura nas bases de dados Scielo, BVS e Lilacs. Os descritores utilizados foram Comunicação em saúde *and* promoção da saúde e só se considerou ações aplicadas ao Brasil. Dividimos a pesquisa bibliográfica em duas fases, uma de 2006 a 2013 - período de criação e vigência da primeira versão da Política Nacional de Promoção da Saúde – e outra de 2014 a 2018, ou seja, a partir do ano de reformulação da PNPS até os dias atuais.

Na revisão referente à primeira fase foram encontradas 173 publicações. Como critério de inclusão definimos que seriam selecionadas apenas as publicações que contivessem a inter-relação entre comunicação em saúde e a promoção da saúde. Portanto, apenas 5 foram selecionadas, conforme a seguir.

Os pesquisadores concluíram que mensagens rígidas, sem margens para interpretação geram resistência popular e que o ideal é gerar campanhas produzidas in loco, junto ao público desejado. Para que a população se perceba e aja positivamente em prol de sua saúde é preciso a ressignificação para algo que lhes seja palpável à realidade vivenciada.

Uma das publicações encontradas refere-se à utilização da literatura de cordel como ferramenta de comunicação para a promoção da saúde (PAGLIUCA, 2007). Outra aborda o desenvolvimento de uma tecnologia web de informação e comunicação para promoção da alimentação saudável. Após a formação de mapas conceituais a partir de entrevistas e construção colaborativa entre pesquisadores e Organizações não governamentais ligadas à área da saúde, criou-se mapas de navegação para facilitar o acesso do cidadão a informações válidas sobre alimentação saudável, conforme suas necessidades. (RANGEL-S, 2012). Encontramos ainda relato de ação de intervenção de um projeto da Universidade Federal de São Carlos, que visou a educação e a formação da cidadania por meio de formas alternativas de comunicação e de livre expressão, para reforço da terapia ocupacional social. O resultado foi a produção de um Fanzine, desenvolvido por jovens socialmente vulneráveis (LOPES; BORBA; MONZELI, 2013). As outras duas pesquisas encontradas tratam de análise de percepção do público em relação a determinadas

campanhas. Uma delas (DIÓGENES, 2001) se refere à análise da percepção de moradores da comunidade de baixa renda do Dendê, em Fortaleza, Ceará, a respeito das seguintes campanhas realizadas entre 2004 e 2008: campanhas nacionais contra o tabagismo, campanhas regionais contra a dengue e campanhas locais contra queimadura na infância. Apesar de não se tratar de análise da promoção da saúde, optou-se por incluí-la por abordar a temática do combate ao tabagismo, que se relaciona com a promoção. A conclusão é que a maioria dos entrevistados (69,4%) interpretou as mensagens veiculadas pelo Ministério da Saúde de acordo com sua experiência cotidiana, reinterpretando e ressignificando-as. Isso levou os pesquisadores à percepção de que, para a compreensão da mensagem, o mais importante não é a escolaridade do público, mas sim a sabedoria local. Apenas 8,3% dos entrevistados tiveram uma leitura mais próxima da mensagem desejada pelo Ministério e 30,5% não compreenderam as mensagens.

A outra pesquisa (ALDAY, 2018), realizada em São Paulo, abordou a percepção do público em relação a duas campanhas formuladas durante o período da implementação da lei anti fumo. Uma delas veiculada pelo Governo de São Paulo, com formato mais instrutivo e informacional. E outra realizada pela Aliança de Controle do Tabagismo com financiamento da *World Lung Foundation*, caracterizada como uma campanha de cunho mais emocional, com abordagem forte e que mostrava os danos causados a não fumantes, além de gráficos estatísticos brasileiros a respeito. Concluiu-se que campanhas de mídias de massa são efetivas para apoiar o estabelecimento das leis, principalmente as antitabagismo, e que veiculação de campanhas fortes (entendidas por nós como apelo emocional e dados chocantes) maximizam a propensão à mudança. Conclui ainda que as campanhas devem ser desenvolvidas fase a fase do processo de implementação das leis e que as meramente informacionais devem ser veiculadas apenas no período próximo à implementação da lei. Por fim, falam sobre a importância de investimento de informações estatísticas para campanhas antitabaco.

Das 157 publicações encontradas a respeito do segundo período analisada (2014 – 2018), apenas 6 foram selecionadas.

Encontramos 2 artigos, já mapeados na revisão anterior e os quais encontram-se descritos na introdução, que analisam campanhas do Ministério da Saúde, um voltado especificamente para as campanhas de Aids promovidas no *Facebook* entre novembro de 2013 e fevereiro de 2014 (CADAXA; SOUSA; MENDONÇA, 2015) e o outro versa sobre

as campanhas produzidas entre 2006 e 2013, cujas temáticas dialogavam com a Política Nacional de Promoção da Saúde (VASCONCELOS; OLIVEIRA-COSTA; MENDONÇA, 2016). Os dois concluíram que, por fim, não há promoção da saúde nestas campanhas.

Encontramos ainda dois artigos que tratam da percepção da mídia a respeito de temas da saúde. Um deles analisa a cobertura da rede Globo das campanhas do Dia Mundial da Voz, no período de março a abril de 2013 (DORNELAS, 2015), cuja conclusão é que o enfoque na promoção da saúde é muito baixo. O outro artigo faz uma análise a respeito da abordagem do jornal Folha de S. Paulo em relação à saúde da mulher (OLIVEIRA-COSTA, 2016), mais especificamente na temática da alimentação, ao longo do ano de 2013, cuja conclusão é a de que não há espaço para conteúdos promotores da saúde neste veículo dentro daquilo que se propôs a verificar.

Um artigo objetiva analisar a literatura de cordel como instrumento pedagógico de promoção da saúde bucal em uma escola da rede pública de Natal (CASTRO, 2015). Ele se refere ao cordel como ferramenta comunicativa e de interação que busca perpetuar a cultura folclórica. Aborda a questão histórica da chegada do cordel no Brasil, sua apropriação pelo povo, perpassando por novas temáticas que foram sendo incorporadas, inclusive temas relacionados à saúde. Relata ainda sua queda em função do surgimento das novas tecnologias e aponta o fato de ser recente o uso do cordel para educação na saúde bucal, apesar de pouco usado. Apesar de citar o cordel como instrumento comunicativo, ao longo do artigo somente encontrou-se menções ao caráter pedagógico do cordel, não mais fazendo vinculação com a comunicação. Pareceu-nos haver uma confusão entre promoção e prevenção da saúde, uma vez que o artigo inicia falando sobre promoção, mas termina abordando os objetivos alcançados para prevenção da saúde.

O último artigo encontrado diz respeito a uma metodologia participativa desenvolvida pelo Laboratório Territorial de Manguinhos (LTM), chamada Comunicação Ampliada de Pesquisa-ação (CAP), que envolve a participação de pesquisadores, moradores da comunidade de Manguinhos, no RJ, bolsistas PiBIC, entre outros atores (ZANCAN, 2014). Ela consiste em ação de intervenção que permite tanto a produção coletiva, como a apropriação e circulação de conhecimentos em saúde, ambiente e cidadania no território de Manguinhos, objetivando a promoção da saúde emancipatória por meio da ampliação da autonomia e da consciência crítica, assim como a tentativa de influenciar as políticas públicas e práticas institucionais. Considera-se como ação de

educação popular cujo resultado foi um dispositivo de comunicação, uma maleta de trabalho intitulada “Reconhecendo Manguinhos”, contendo diferentes materiais com diversas linguagens escritas e áudio visuais. Para avaliar a maleta, foi desenvolvido um esquema analítico o qual é referenciado no modelo do Mercado Simbólico (ARAÚJO, 2004), considerando o ciclo de comunicação: produção- apropriação – circulação.

Os principais elementos que destacamos nesta ação e que nos levou a caracterizá-la como ação de educação e comunicação voltada para a promoção da saúde são: partem dos determinantes sociais de saúde, são voltados para a solução dos problemas locais, realização de oficinas participativas que incluem a população local, validam os materiais com o público interessado e produzem um material onde o público se reconhece.

Cabe ressaltar que as publicações selecionadas nesta segunda fase datam a partir de 2014, mas todas se referem a ações ou campanhas anteriores a este período. Ou seja, não há relato de produções nestas bases de dados e com a temática pesquisada após a revisão da PNPS. E, o mais importante, duas das seis referem-se à abordagem dada pela mídia aos temas relativos à promoção, portanto, estão fora de nosso escopo, mas sugerimos mais estudos nesta área devido aos resultados negativos apresentados em termos da abordagem dada à promoção da saúde.

Entre todas as publicações encontradas nesta revisão, e não somente nas selecionadas, percebeu-se que muitas delas se referem a ações de educação ou educação popular para a promoção da saúde, mas não vinculam a comunicação a este contexto. Entendemos que a educação e a comunicação são dois conceitos que desvinculados, não atendem mais às necessidades da promoção da saúde pública. Assim como o SUS rompe a segmentação de especialidades médicas em busca da integralidade, as disciplinas também devem se integrar na busca da compreensão da realidade (BRASIL, 1996).

De uma forma geral, considerando as duas fases analisadas e excluindo os dois artigos acima mencionados, encontramos quatro publicações com resultados negativos, que concluem que dentro de determinadas temáticas relacionadas às campanhas de promoção da saúde o Ministério da Saúde ou Governo local não cumpriram o seu papel. Uma relata experiência exitosa do uso da comunicação associado à educação, para a promoção da saúde no território. Três trazem o uso de outras formas de comunicação, produzidos colaborativamente, como o uso do cordel e do Fanzine, ainda que um deles nos tenha

soado confuso, como já apontado. E, um aborda o desenvolvimento de tecnologia para promoção da alimentação saudável.

Cabe-nos ainda mencionar que a maioria das ações aparenta ser isoladas e sem coordenação em rede. Também não apresentam relação explícita com a Política Nacional de Promoção da Saúde, ou seja, algumas podem realizar ações que estejam em acordo com o preconizado pela política, mas não por terem aderido aos seus princípios e diretrizes, mas apenas por abordarem temas convergentes. Nenhum deles menciona a existência de uma política norteadora de comunicação ou de promoção.

Por fim, os achados nos levam ainda a crer que a produção em torno da prática da comunicação para a promoção da saúde no Brasil, nas bases de dados pesquisadas, ainda é bastante escassa, principalmente as que se referem aos últimos anos, após a revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde. Fica a questão em aberto, no entanto, se o problema se encontra na falta de registros sob a forma de produção acadêmica - o que prejudica o compartilhamento de saberes - ou na falta de práticas comunicativas promotoras da saúde.

3.5 MODELOS E TEORIAS DE COMUNICAÇÃO EM SAÚDE NA ATUALIDADE

Iniciamos nossa reflexão a partir de Barros e Junqueira (2015) que partem da concepção de que os fatos, ou seja, aquilo que as pessoas consideram realidade, não existem. Eles só passam a existir a partir da observação, da forma como o observador enxerga, reconhece e interpreta o mundo. Essa realidade, portanto, é fruto do papel desempenhado pelas teorias de dar significado, sentido e formato, além de classificar, ordenar, produzir ou alterar os fenômenos e percepções. Morin (2000) corrobora com essa concepção, afirmando que a nossa tradução de ideia de realidade pode ser errônea. Mas uma contribuição importante trazida por Barros e Junqueira a respeito da teoria é considerar não apenas as teorias científicas, mas também as que são produzidas pelos esquemas interpretativos do senso comum.

Storey e Figueroa (2012) consideram as teorias como ferramentas analíticas que buscam explicar, entender e realizar previsões de tópicos de interesse conceitual ou prático. Afirmam que especificamente as teorias científicas se baseiam em regras de coleta e análise de evidências, assim como padrões de qualificação e estabelecimento de relações lógicas. Schiavo (2014) também se utiliza da expressão ferramenta para definir as teorias, as quais considera importantes para organizar pensamentos, clarear as abordagens e o planejamento das intervenções em saúde, além de servirem como base para monitoramento e avaliação das intervenções. Considera o peso significativo que as teorias possuem em todos os níveis de comunicação que exigem rigor em sua formatação. A autora ressalta que as teorias devem ser vistas como parte de um kit de ferramentas e selecionadas caso a caso. Considera ainda, que a comunicação em saúde é uma disciplina em evolução e que deve sempre buscar incorporar as lições aprendidas. Portanto, ressalta a importância do papel daqueles que atuam na área da comunicação em saúde para a definição de teorias e de métodos que apontem para novas direções.

Já os modelos são como representações esquemáticas das principais características das teorias e de suas inter-relações, (ARAÚJO, 2013), ou seja, uma versão simplificada das teorias (CORCORAN, 2010). Corcoran (2010) afirma ainda que modelos podem ser orientadores de programas de promoção da saúde e, aqueles que são voltados para a promoção, advêm das áreas de psicologia ou comunicação em saúde.

Cabe aqui ressaltar a constatação de que teorias e modelos, apesar de reconhecidamente importantes para serem aplicadas à prática da comunicação para a

promoção de saúde, geralmente são ignoradas ou não tem coesão. E aqueles profissionais que possuem o conhecimento técnico, muitas vezes não tem tempo, recursos, evidências suficientes ou especialização para aplicar seu conhecimento (CORCORAN, 2010).

A partir deste entendimento, realizou-se uma busca que objetivou mapear as publicações mais recentes a respeito de modelos e teorias utilizados em Comunicação em Saúde e aprimorar o conhecimento aqui produzido. Para isso, foi realizada revisão de literatura nas bases eletrônicas de dados Scielo, BVS e Lilacs utilizando os descritores saúde *and* comunicação *and* modelos e posteriormente os descritores saúde *and* comunicação *and* teorias. A busca foi feita por artigos e publicações em português, inglês e espanhol, entre os períodos de 2013 a 2017. Estabeleceu-se como critério de exclusão publicações que abordaram o tema dentro da perspectiva biomédica, não compreendendo a comunicação como campo, mas como ferramenta. Também foi realizada busca no banco de dados Cochrane, porém, pela natureza do buscador, definiram-se os descritores *Health Communication; health communication and models; health communication and theories*, utilizando como filtro o item *Methods Studies* em todos. O intervalo de tempo e os critérios de exclusão foram os mesmos dos acima citados.

Ao todo, foram encontradas 354 publicações. Estas passaram por um primeiro filtro que se deu pela leitura dos resumos. A seleção final foi feita pela leitura da íntegra das publicações previamente selecionadas e apenas 5 foram escolhidas.

Uma delas trata-se de relato de experiência de intervenção com base no *Social and Behavior Change* para aumento do uso de camisinhas e testes de HIV no Malawi (KAUFMAN, 2014). Como a intenção desta revisão não é relatar as experiências, mas sim buscar modelos e teorias utilizados em comunicação em saúde, basta-nos neste momento a informação de que foi encontrada referência ao uso desta teoria, cujo detalhamento será explorado em tópico posterior.

Encontrou-se também relato (VASONCELOS, 2013) da utilização do Modelo do Mercado Simbólico, elaborado pela pesquisadora brasileira Inesita Soreas de Araújo. Este modelo, desenvolvido para compreensão da prática comunicativa, análise e planejamento estratégico de comunicação nas políticas públicas (ARAÚJO, 2006) se baseia na ideia da produção social dos sentidos. A autora trabalha dentro da perspectiva do poder simbólico – que é o poder de fazer os outros verem o mundo pela sua perspectiva (ARAÚJO; CARDOSO, 2007). A partir dessas premissas, enxerga a comunicação como um mercado simbólico, ou seja, ela é responsável pela produção, circulação e consumo de bens

simbólicos (sentidos sociais), processo que ocorre de forma desigual. Isso significa dizer que indivíduos ou comunidades discursivas (grupos que produzem e circulam sentidos, reconhecendo-se neles e por ele são reconhecidos) participam do mercado simbólico com maior ou menor grau de poder, a depender do seu lugar de interlocução e não apenas pelo seu contexto existencial. Os sentidos estão em constante negociação a partir dos interesses de quem está no centro ou na periferia discursivas, numa disputa constante pelo estabelecimento de seu ponto de vista, na busca de melhorar a realidade ou alcançar melhores posições discursivas. Por se tratar de negociação entre posições desiguais, negociação, para a autora, tem caráter de embate, de luta simbólica. O contexto dos interlocutores compõe a ideia de mercado simbólico onde, resumidamente, “sentidos sociais são produzidos pela articulação de múltiplas vozes, em múltiplos contextos” (ARAÚJO, 2013). Soares utiliza a expressão “interlocutor” em oposição a “emissor-receptor”, pois considera que todos são sujeitos ativos do circuito produtivo da comunicação.

Apesar da revisão de literatura restringir-se a determinado intervalo de tempo, sentiu-se necessidade da busca de textos complementares que pudessem explicar melhor a teoria em questão e indicassem alguma aplicação prática. A partir daí, verificou-se que posteriormente ao desenvolvimento de sua teoria, a autora elaborou o método do mapa do mercado simbólico (ARAÚJO, 2006) de forma a traduzi-lo concretamente. A formulação do mapa demonstra o local de onde emanam os discursos e como se dá seu percurso até chegar àqueles aos quais se destinam, seus fluxos. Considera como principal objetivo a identificação das vozes concorrentes pelo poder simbólico dentro de um território. Dessa forma, é possível compreender melhor a polifonia que envolve o processo de produção social dos sentidos, o cenário onde se irá intervir e qual será o foco da intervenção.

Outra proposta de modelo encontrada une aspectos da ciência de redes com ciência ecológica. O *Social Networks for Activity Promotion* - SNAP - propõe que a estruturação e a sustentação da prática de atividades físicas ocorre pela interação de três ambientes: o físico, as redes sociais e as interações que se dão nas redes sociais. Estes ambientes podem influenciar o quão expostas as pessoas estarão, suas funções sociais na rede e comportamentos verbais ou não verbais que podem reforçar ou alertar para a prática de exercícios físicos. As referidas funções sociais podem servir para suscitar normas comportamentais de estilos de vida, encorajamento, fornecimento de recursos, entre outros.

De forma resumida, o modelo apresenta variáveis modificáveis e mensuráveis que podem ser direcionadas por ações de intervenção ou políticas para alterar redes sociais, neste caso, para incentivo à prática de atividades físicas. Estabelece, portanto, que redes sociais sustentáveis requerem colocar as pessoas em novos ambientes virtuais ou ambientes físicos que contenham pessoas que incentivem a prática de atividades físicas. Ou atuar nas redes sociais já existentes de forma a encorajar, reforçar, monitorar e dar assistência às práticas de atividades físicas.

O SNAP (ROVNIK et al, 2013) não se assume como modelo de comunicação em saúde, porém o critério de inclusão nesta pesquisa se deu pela sua construção com base em abordagem ecológica multinível e sob o princípio de que intervenções multinível são mais efetivas para mudanças de comportamento duradouras. Considera ainda que, embora tenha sido desenvolvido com foco nas atividades físicas, pode ajudar a guiar seleções de variáveis para redes sociais de outras áreas. Por fim, seu objeto de estudo, a atividade física, relaciona-se diretamente com a promoção da saúde e também consiste em um dos temas prioritários da Política Nacional de Promoção da Saúde. Ou seja, apresenta similaridades às bases teóricas encontradas na comunicação em saúde - até as confronta, em certas ocasiões, ao objeto de estudo aqui explorado e, em teoria, pode ser aplicado em sua área.

A abordagem da produção e circulação de informações e conhecimentos em rede apresenta similaridades com aquilo que é preconizado pelo o modelo de Comunicação Todos-Todos, o qual nos aprofundaremos mais adiante. No entanto, explora um componente, considerado pelos autores necessário ao incentivo à adoção de uma atitude positiva em relação à prática de atividades física, no caso, que é a existência de um “incentivador”, um mediador” que funcione, segundo nosso entendimento, como uma espécie de gatilho. A ideia de gatilho é defendida por Schiavo (2014) a qual afirma que nem sempre as interações e iniciativas são espontâneas, necessitando de certos gatilhos para acontecer.

Outro artigo versa sobre a mediação da informação na saúde pública, voltada para a divulgação de informações da dengue em Ribeirão Preto e questões de prevenção e risco (VILLELA, 2013). Seu foco está na ciência da informação, mas também aborda a comunicação, como algo indissociado. Os autores utilizam em seu estudo a Teoria das Representações Sociais associada à Metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo, como

forma de compreender o imaginário social do público envolvido a respeito de determinado tema. Por meio dela é possível identificar hábitos, crenças e comportamentos da sociedade em relação à uma doença e redirecionar suas estratégias. Os conhecimentos construídos pelas interações sociais dos sujeitos fundamentam suas ações e comportamentos. Os autores trazem em certo ponto da discussão, a questão do mediador e seu papel nas redes sociais às quais pertencem. Assim como encontramos em outros autores, defendem o indivíduo como um interlocutor e não apenas como receptor.

Relatam como utilizaram a Teoria das Representações Sociais aliada ao Discurso do Sujeito Coletivo, junto a um público determinado, no entanto, não se apresenta soluções práticas de como proceder a partir das informações coletadas. Limita-se ao campo teórico.

Sem o intuito de nos aprofundarmos nesta questão, acreditamos que a identificação do imaginário social pode ser aliado complementarmente ao mapa do mercado simbólico, dessa forma poderíamos sugerir o entendimento daquilo que está no imaginário coletivo e quem seria o responsável por isso, atuando diretamente nas fontes em ações de intervenção.

Decidimos considerar um artigo que trata da produção científica das ciências sociais e humanas em saúde brasileiras, publicada de 1997 a 2007, em periódicos de sete revistas da área de Saúde Coletiva/Saúde Pública, registrada na base de dados SciELO (CANESQUI, 2012). Isso porque, dos 8 temas de pesquisa dentro do campo selecionado, um trata-se da educação e comunicação em saúde. A autora não trata de teorias específicas, mas referindo-se de forma geral a todos os temas, afirma que há prevalência em teorias com abordagens compreensivas, teoria hermenêutica, da ação social, construtivista, entre outras, ressaltando que estas prevalecem sobre os enfoques deterministas e macroestruturais típicos da década de 70 e meados de 80. Isso nos dá indícios de que há uma tendência a um pensamento mais abrangente e horizontalizado na comunicação em saúde. No entanto, não podemos desconsiderar produções que apontam o caráter informacional e instrumental da comunicação.

Dos artigos pesquisados na base de dados *Cochrane*, dois foram preliminarmente selecionados e, posteriormente descartados por não abordarem teorias ou modelos e por abordarem a comunicação como transferência de informação.

O que se observa ao realizarmos a revisão de literatura é que o apontamento de alguns autores, citados anteriormente, sobre a predominância da abordagem informacional ou modelo hegemônico da comunicação em saúde, na verdade, é mais encontrado em textos produzidos por profissionais da área biomédica. Geralmente, os profissionais pertencentes ao campo da comunicação têm uma tendência maior ao pensamento dialógico, contextual e horizontal.

Afirmamos também, a partir dos descritores e período selecionados, que a literatura mais atual (dos últimos cinco anos) a respeito dos temas teorias e modelos de comunicação em saúde nas bases de dados pesquisadas, é escassa, sinalizando pouca evolução a partir daquilo que já foi produzido anteriormente.

Podemos afirmar ainda que, independentemente do modelo ou teoria abordados, todos os autores chegam a um mesmo objetivo, que é a mudança de uma situação atual para outra. A palavra intervenção também é bastante usada.

3.6 - TRÊS MODELOS E SEUS APORTES TEÓRICOS

Após verificação do estado atual das produções acadêmicas e de leituras de outros autores em torno de modelos e teorias de comunicação em saúde, foram selecionados, como objeto de análise, três modelos de comunicação em saúde. Ressaltamos que suas bases teóricas foram de fundamental importância para a construção do pensamento aqui desenvolvido. Portanto, as discussões resultantes incluem um “pacote”: modelos + teorias embasadoras.

A escolha do modelo canadense (Ecosocial) se justifica por ter sido desenvolvido por uma renomada professora da *Université du Québec au Montréal* e pelo país ser um precursor na promoção da saúde. Já o modelo americano (*P Process*), pelo fato de ter sido desenvolvido por uma renomada Universidade (*Johns Hopkins*) e ser aplicado largamente em vários países em desenvolvimento. E o modelo brasileiro (Todos – Todos), por ser ainda bastante contemporâneo ao abordar o papel social das TICs para a saúde e o processo de transformação do conhecimento, além de ser transversal aos demais modelos.

Como anteriormente visto, a comunicação em saúde sofre diversas influências teóricas e disciplinares. Para identificar o contexto das teorias aqui analisadas, adotamos a classificação de Schiavo (2014), que insere as mais importantes teorias que influenciaram a

comunicação em saúde nas seguintes categorias: teorias das ciências sociais e comportamentais, teorias de comunicação de massa, teorias das influências das novas mídias, teorias do marketing e marketing social. Considera ainda algumas outras influências teóricas como modelos médicos, sociológicos e antropológicos. Assim, vários planejamentos e modelos de comunicação em saúde têm incorporado algumas ou todas as características das categorias em questão.

De uma forma geral e resumida, as teorias das ciências sociais e comportamentais buscam explicar os comportamentos em três níveis: individual, social e comunitário, sendo que alguns têm como foco os passos para o atingimento da mudança e outros buscam por processos de comunicação e dinâmicas de grupo. Sua grande maioria estabelece a inter-relação entre fatores externos e internos (SCHIAVO, 2014). Schiavo destaca dentro deste grupo *Diffusions of Innovations, Health belief model, Social Cognitive Theory, Social Norms Theory, Ideation, Convergece Theory, Stage of Behavior Change Model, Communication for Persuaion Theory*.

Já as teorias de mídias de massa estuda o impacto dos meios de comunicação de massa no público.

Por sua vez, a teoria da influência de novas mídias – consideradas como aquelas baseadas em tecnologia digital como internet, games, aparelhos móveis, tv's digitais, entre outros – se dedica ao estudo de como estas mídias podem contribuir para gerar maior participação e engajamento em torno de temas de saúde, compartilhar conhecimentos, ampliar redes sociais, testar mensagens e estratégias e gerar mudança de comportamento.

As teorias do *marketing* social emprestaram do *marketing* as tecnologias de planejamento, aplicação e avaliação de programas para influenciar comportamentos. Seu objetivo final, portanto, é a mudança de comportamento, mas diferencia-se do marketing tradicional por visar o bem-estar individual e de toda a sociedade.

A título de complementaridade do exposto acima, Corcoran (2010) apresenta dois tipos de classificação dos modelos teóricos nos quais podem se enquadrar as teorias: teorias cognitivas e teorias de estratégia/etapas. As teorias cognitivas consideram o comportamento contínuo, de forma a poder se prever um comportamento a partir de um conjunto de percepções e crenças. Já as teorias em etapas, ao contrário das cognitivas, não

enxergam o comportamento do indivíduo como contínuo, considerando, desta forma, uma série de etapas, cada qual para atingir um determinado comportamento.

3.6.1- O P PROCESS

Um dos modelos objeto desta análise é o *P Process*. Desenvolvido pelo *Center for Communication Programs (CCP)* da *Johns Hopkins Bloomberg School for Public Health* em 1982, ele passou por algumas revisões, sendo que a mais atual encontrada data de 2014.

Figura 2 - Modelo P Process



Fonte: *Health Communication Capacity Collaborative* (2013).

O *P Process* é considerado como uma das mais respeitadas ferramentas utilizadas para desenvolvimento de programas de Mudança Social e de Comportamento (SBCC, em inglês) de acordo com *Health Communication Partnership (HCP)* - grupo de parceiros formado por grandes instituições que visam o fortalecimento da saúde pública nos países em desenvolvimento, por meio de programas de comunicação, como a *U,S Agency for International Development (USAID)*, o CCP da *Johns Hopkins Bloomberg School for Public Health*, a *International HIV/Aids Alliance*, *Academy for Education Developmen*, *Save the Children*, *Tulane University's School of Public Health and Tropical Medicine*. (HEALTH COMMUNICATION PARTNERSHIP, 2003)

Define-se como um planejamento de comunicação estratégica em saúde em seis passos. Preconiza uma atuação multidisciplinar, tendo como base a evidência, a aliança entre teoria e prática, a busca aprofundada do problema (*root cause*), impactos

mensuráveis e foco na comunicação para mudança social e de comportamento. Busca mudanças de atitudes que revertam em benefícios para a saúde da população (HEALTH COMMUNICATION CAPACITY COLLABORATIVE, 2013).

O *P Process* desenvolve intervenções de comunicação desenvolvidas em múltiplos níveis, com equipes que tenham capacidade de lidar com as complexidades do comportamento humano e que leve em conta uma série de barreiras sociais, estruturais e de ofertas que o influencia. A intenção é eliminar estas barreiras e trazer soluções para a melhoria da saúde das populações. A comunicação deve influenciar mudanças sociais e de comportamento nos níveis político, sociais, midiáticos e das comunidades. Esta proposta baseia-se ainda em teorias do comportamento a fim de compreender o que determina as atitudes de uma determinada população frente a uma situação de saúde, de forma a influenciar estes hábitos, respeitando-se as diversidades locais. Portanto, sob a perspectiva de Corcoran, podemos classificá-la como parte das teorias cognitivas.

As abordagens baseadas no *P Process* devem focar no público e serem guiadas, além das teorias de mudança social e de comportamento, pela participação de *stakeholders* (no sentido de engajar o máximo de pessoas/comunidades/ instituições/Organismos, tanto no nível nacional, quanto estadual e comunitário) e pelo reforço contínuo das capacidades. Considera três domínios diferentes da comunicação, mas que se inter-relacionam para promover uma abordagem de comunicação abrangente para a promoção e sustentabilidade da mudança: Comunicação no ambiente social/político, comunicação nos serviços de saúde e comunicação entre indivíduos e comunidades. Portanto, busca como resultados influenciar nas políticas, na qualidade do acesso aos serviços de saúde e na maior interação entre estes e os usuários e, ainda, impactar positivamente em normas sociais, comportamentos em saúde e mobilização da comunidade (BERTRAND; MERRIT; SAFFITZ, 2010).

O *P Process* é composto por seis passos: análise; desenvolvimento da estratégia; desenvolvimento da mensagem e pré-teste; implementação e monitoramento e avaliação. O sexto passo, fruto da última revisão do modelo, corresponde ao replanejamento, o qual volta ao passo inicial, formando um ciclo de aprimoramento. Cada passo deste modelo é composto por mais alguns sub passos. Todos devem ser rigidamente seguidos em termos metodológicos, mas são flexíveis em relação às teorias e práticas mais adequadas a serem abordadas em cada caso. (LOZARE; STOREY; BALLEY, 2011). Existem seis perguntas

chave que resumem este modelo: 1. Qual é o problema de comunicação? 2. O que precisamos fazer? 3. Que abordagens e materiais criativos podemos desenvolver? 4. Como fazemos as coisas acontecerem? 5. Como sabemos se estamos progredindo e atingindo os impactos desejados? 6. Como aprendemos com a experiência e planejamos a continuidade?

O passo da análise compreende análise de situação, de comunicação e de audiência. A análise de situação envolve o estabelecimento de uma situação ideal desejada e identificação da situação real. A partir daí, foca-se no problema, ou seja, quais as questões intermediárias que se encontram entre a situação ideal e a real, que impedem que a ideal aconteça: Aí está a chave para encontrar o (s) problema (s). Buscando ser o mais simples e compreensível para todos os envolvidos, este processo permite que seja criada uma estória, com um personagem, que represente a realidade mapeada e as necessidades futuras de mudança. Esta fase ainda é composta por uma revisão e análise de programas e políticas já existentes, bem como o mapeamento de instituições locais que poderiam dar continuidade ao programa desenvolvido.

A análise de audiência envolve vários aspectos que vão desde os econômicos, sociais, geográficos, demográficos, até fatores psicológicos e culturais que influenciam o comportamento das pessoas. Já a análise de comunicação envolve os hábitos de comunicação, o acesso às mídias e a análise de alcance, viabilidade e custos de divulgação, produção de materiais e atividades comunitárias.

O segundo passo, do desenvolvimento da estratégia, corresponde à fase em que objetivos serão traçados, dentro das características que o modelo estabeleceu como *SMART: Specific; measurable; appropriate and action – oriented; realistic e time bounded* (LOZARE; STOREY; BALLEY, 2014). Essa fase envolve ainda o posicionamento do Programa, resultante da escuta e melhor entendimento a respeito do público; seleção das mídias e atividades a serem desenvolvidas, as quais envolvem mobilização, redes sociais, comunicação interpessoal, entre outros; desenvolvimento de plano de implementação e de avaliação e; a escolha do modelo de mudança de comportamento que melhor norteará as ações. A este respeito é necessário observar que além de descrever as atitudes e mudanças de comportamento desejadas com a implementação de determinado planejamento, define-se também qual ou quais teorias irão apoiar a metodologia desenvolvida. Portanto, o *P Process* é bastante flexível e permite a utilização de diferentes teorias, conforme o objetivo proposto. Estas teorias podem ser comportamentais ou de comunicação, por exemplo. O

importante é que tenha base científica. Incentiva, ainda, que novos conhecimentos e teorias surjam a partir das leituras e experiências práticas dos planejadores. É um campo aberto de possibilidades, que irão variar de acordo com as necessidades de comunicação.

O terceiro passo é o do desenvolvimento e teste, o qual envolve a elaboração de conceitos, mensagens, histórias e protótipos, onde tudo deve ser testado e corrigido com base nas opiniões de representantes dos segmentos de público a serem atingidos. Essa fase enfatiza a necessidade do trabalho intersetorial colaborativo entre cientistas e profissionais de comunicação.

A implementação e monitoramento (quarto passo), também enfatiza a intersetorialidade por meio do envolvimento de diversos segmentos, flexibilidade e treinamento, assim como rastreamento contínuo de resultados para correções rápidas, caso haja problemas.

O último passo refere-se à avaliação, que dará subsídios para o replanejamento. Segundo a noção de ecologia de Morin (2000), existe um certo grau de imprevisibilidade das ações à medida que elas deixam seus criadores e passam a ser apropriadas pelo ambiente. Isso significa dizer que é possível calcular os efeitos em curto prazo de uma ação, mas, em longo prazo, são imprevisíveis. Portanto, se estabelecermos uma relação entre essa lógica teórica e a prática do último passo, reconhecemos que é a partir dele que se torna possível um certo grau de controle ou previsibilidade de resultados futuros, por meio de adaptações das estratégias a novos contextos, de forma a garantir a sustentabilidade das ações.

O *PProcess* tem como uma de suas principais fundamentações teóricas a *Social and Behavior Change Communication (SBCC)*, a qual consideramos, baseados na classificação de Schiavo, como teorias sociais e comportamentais. De acordo com a *SBCC*, comportamentos e normas se fundamentam em um complexo contexto sócio-ecológico e não se restringem ao campo individual, pois envolvem também a aceitação dentro de uma comunidade, alocação de recursos de diferentes naturezas e mobilização de diferentes atores e setores. Por isso, a implementação de programas de sucesso requer uma intervenção de comunicação em múltiplos níveis, ou seja, que atinja indivíduos, sociedades, comunidades e políticas públicas. Considera a saúde como resultado da interação entre fatores biológicos e determinantes sociais. Estes últimos, por sua vez,

incluem, entre outros fatores, elementos relacionados ao conhecimento, normas, atitudes e práticas culturais. É, portanto, neste nível da saúde e do bem-estar que a comunicação para mudança social e de comportamento procura agir, em busca de incentivar comportamentos saudáveis. (HC3, 2009). A SBCC se baseia em teorias, dados existentes e mensurações para gerar evidências do impacto da comunicação.

Além do SBCC, consideramos como mais um de seus aportes teóricos o *Household Production of Health Framework*. Este paradigma compara o sistema de saúde à agricultura de um país, onde os fazendeiros são os primeiros produtores das plantações e o ministro da agricultura deve prover os meios para que estes produzam cada vez mais. Da mesma forma, os lares e as comunidades são os produtores primários da saúde. A partir desta perspectiva, deve-se considerar que o sistema de saúde é composto por milhões de trabalhadores, trabalhando 24 horas por dia para o bem de sua saúde e a de sua família. O que lhes falta normalmente são os recursos não materiais, tais como noções básicas de higiene, nutrição, métodos contraceptivos, planejamento familiar; habilidade para reconhecer ou lidar com doenças simples, além das amarras relacionadas à cultura, práticas e valores morais. Portanto, o sistema de produção de saúde engloba tanto bens materiais, tais como recursos e tecnologias, quanto bens não materiais acima mencionados, formado pelos lares, comunidades, ministério da saúde e subsidiárias e todas as agências governamentais.

Este paradigma considera que a mensuração do sistema de saúde deve expandir-se para além das entradas, processos e resultados organizacionais, para indicadores mais suaves a respeito do desempenho dos lares e comunidades na produção da saúde.

Afirma a importância de um profissional mudar primeiro seu modo de pensar, para poder mudar seu modo de agir, defende que é preciso conhecer profundamente como se dá a produção da saúde no nível das comunidades e a relação das pessoas com o governo e suas agências e promover as mudanças necessárias em seus valores, práticas e recursos, a fim de melhorar o desempenho da produção de saúde.

Trazemos, por fim, uma contribuição de Figueroa et al (2002), os quais consideram que a comunicação para mudança de comportamento é um processo em que

...as comunidades devem ser os agentes de sua própria mudança, deve haver diálogo e negociação e a ênfase nos resultados deve ir além dos comportamentos individuais,

buscando alcançar o coletivo, as normas sociais, a política, a cultura e o ambiente ao redor. (FIGUEROA et al, 2002, p. 156).

Com esta afirmação, é possível perceber que a Comunicação para mudança de comportamento considera em seu processo, dentre outros elementos, as normas sociais, que correspondem ao objeto principal do segundo modelo que buscamos para incrementar este diálogo.

3.6.2- MODELO ECOSSOCIAL

Desenvolvido pelas canadenses Renaud e Caron-Bouchard (2015), define-se como modelo explicativo dos processos de implantação e consolidação de uma norma na sociedade, tendo a comunicação e os meios de comunicação como atores ativos neste processo. Considera ainda a multiplicidade de atores envolvidos no ciclo de vida de uma norma, que inclui pessoas, organismos e instituições, o papel desempenhado por eles e as interações que ocorrem. As autoras consideram ainda que este modelo serve para “delimitar a forma como os agentes de saúde pública podem influenciar o processo de construção de uma norma utilizando os meios de comunicação” (RENAUD; BOUCHARD, 2015, p. 8).

Levando em conta a classificação estabelecida por Schiavo (2014), contextualizamos este modelo dentro das teorias das normas sociais, as quais também pertencem ao grupo das ciências sociais e comportamentais. Já dentro da perspectiva de classificação de modelos de Corcoran (2010), consideramos pertencente às teorias de estratégia/etapas, pois as normas passam por fases diferentes de ciclos até serem implementadas.

Normas ocorrem quando há uma aprovação de um comportamento numa determinada situação e tem por características um alvo, a expectativa de que um comportamento seja adotado, devem ocorrer em relação a um comportamento e não em relação a crenças e atitudes e são respeitadas dentro de certas circunstâncias. Observamos aqui um contraponto em relação ao *P Process* e sua abordagem teórica da *Social and Behavior Change Communication*, o qual considera também as mudanças individuais baseadas em crenças e atitudes. Já as Normas Sociais, estão melhor inseridas dentro do contexto do comportamento coletivo. Pata tal afirmação, nos apoiamos em Schiavo (2014) a qual afirma que teorias centradas em normas sociais tendem a considerar que os

indivíduos adotarão um determinado comportamento não apenas porque eles percebem um benefício atrelado (crenças e atitudes), mas precisam acreditar que outras pessoas adotarão aquele comportamento.

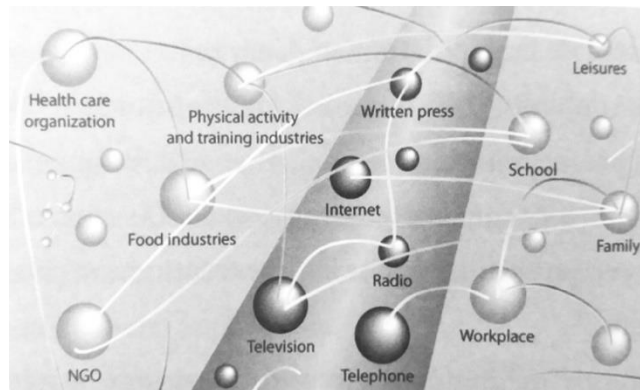
O ciclo de vida de uma norma é composto por três etapas: surgimento, transmissão e internalização. Normalmente uma norma surge a partir de um especialista, que é aquele que compreende os efeitos daquela norma na sociedade e sabe qual o comportamento deve ser adotado. Este especialista, no caso da saúde pública, pode ser uma autoridade na área ou uma instituição. Eles deverão persuadir os formadores de opinião a respeito da adoção das novas normas e, caso isso ocorra, considera-se que se atingiu o ponto crítico. Dentre outros, os meios de comunicação enquadram-se como formadores de opinião. Tanto os especialistas quanto os formadores de opinião são considerados, pelo modelo, agentes de mudança. A partir do ponto crítico inicia a fase de transmissão, que contará com a socialização da norma pelos formadores de opinião junto a outros atores, os quais passarão a observar as normas por questões de identidade ou pertencimento e socializarão junto às suas redes. Por último, vem a fase de internalização, quando a norma passa a ser aceita e internalizada pelos atores e cidadãos, cuja obediência é quase automática. O ciclo de vida da norma não é um processo linear, sofrendo influências e mudanças e pode ou não chegar à fase de internalização passando, inclusive, a sair do debate público ou ser confrontado por nova norma. Esta última afirmação nos leva ao encontro de Morin e sua noção de Ecologia da Ação, dentro da perspectiva de que a ação no “jogo das inter-retro-ações do ambiente em que intervém (...) não corre apenas o risco de fracasso, mas de desvio ou perversão de seu sentido inicial...” (MORIN, 2000, p.88-89).

O ciclo de vida da norma constitui um processo complexo. Sua trajetória ocorre numa sociedade formada por esferas, que são os meios onde ocorre a ação dos atores sociais, em que organismos, instituições e pessoas vivem em constante interação, conectados por interesses comuns. As esferas têm como atributos: 1. Agregação: quando uma ou mais esferas se juntam para endossar uma norma; 2. Não linearidade, o que faz com que o ciclo de uma norma não seja igual ao de outra; 3. Plasticidade: as esferas variam de acordo com surgimento de novos atores e novos contextos; 4. Pluralidade: ligam-se umas às outras; 5. Complexidade, pois são formadas por diferentes atores sociais, com objetivos e origens diversificadas; 6. Assimetria: as esferas são de tamanhos variados, o que influencia em sua capacidade e poder de implantar uma norma. Isso gera conflitos,

pois nem todas dispõem dos mesmos recursos simbólicos, econômicos ou políticos. Como mecanismos (dinâmica) as esferas estão em constante movimento, evoluindo no tempo e no espaço de acordo com a norma, são polivalentes (possuem capacidade de adaptação), são multidirecionais, são abertas a entrada de novos atores e não hierarquizadas. Apesar de afirmar o caráter não hierárquico existente nas esferas do campo da saúde, as autoras (RENAUD; BOUCHARD, 2015) ressaltam que a esfera econômica tem um grande poder de influência.

As esferas possuem barreiras fluidas e constituem-se em redes, formadas por diversos atores, que interagem entre si, influenciam e são influenciados. O que importa no estabelecimento nas normas de saúde não é a natureza do ator, mas a posição estratégica por ele ocupada nas esferas e redes. Portanto, para as normas se integrarem à sociedade necessitam de diversos agentes de socialização. E, devido às características das esferas e atores sociais, o ciclo de vida de cada norma é diferente e a existência de equilíbrio nas esferas é pouco provável, o que justifica a necessidade de constante revisão das normas e adaptação aos diferentes e novos contextos.

Figura 3 - Modelo Ecosocial



Fonte: Renaud; Bouchard (2015).

O modelo Ecosocial fundamenta-se na abordagem pluralista, a qual considera que a sociedade ocidental é formada por diferentes grupos, com interesses próprios, disputando poder e com oportunidade de voz e participação no processo informacional e de decisão. A mídia tem o papel social e político, de caráter democrático, que funciona como porta voz dessa pluralidade de interesses.

Existem, ainda, três conceitos que formam as matrizes do modelo Ecosocial, que são o espaço público, o espaço societal e o espaço ecosocial.

Para fundamentar o espaço público e o espaço societal, as autoras buscam referência na teoria da ação comunicativa, de Habermas (1999). Esta traz a visão do agir comunicativo, que se baseia no consenso entre os envolvidos por meio da argumentação, ou seja, a análise de uma situação e a tentativa de se chegar a uma solução comum, em detrimento da dominação, que seria o agir estratégico. O espaço público, onde está inserido o universo midiático, constitui-se em mediador entre Estado, sociedade e famílias, em que ocorrem as manifestações de opiniões, confrontos (arenas) e consensos (fóruns) de forma democrática e participativa. Renaud e Bouchard (2015) consideram que a pluralidade dos meios de comunicação amplia a possibilidade de trocas, facilita e aproxima a manifestação de grupos e indivíduos. Por meio do agir comunicativo é possível influenciar também as normas sociais.

As autoras apresentam uma evolução do pensamento de Habermas (RENAUD; BOUCHARD, 2015) a partir de alguns autores como Miège, para discutir o espaço societal. A partir das novas formas de organização da sociedade contemporânea e a própria mediação facilitada pelas tecnologias, o espaço público deixa de ser apenas político, para ser também social, caracterizando-se pela perpetuação - ainda que com menor poder de facilitador de debates e trocas e poder argumentativo (MIÈGE, 2004), fragmentação e pela ampliação em espaços públicos parciais e plurais. Estes espaços parciais e plurais retratam a diversidade de públicos, pertencentes às mais variadas dimensões (políticas, econômicas, culturais religiosas, sociais), que não possuem um discurso comum, ou seja, um consenso pelo igual, conforme preconizado por Habermas, mas se caracterizam pelo esforço em aceitar o diferente. Um espaço cuja norma passa a ser o conflito, devido às diferentes articulações de forças e poderes. Formam-se redes de comunicação em torno de interesses especializados (GUEDES, 2018).

Segundo Miège (2004), a fragmentação dos espaços se dá pela desigualdade de acesso aos modernos meios de comunicação, desigualdade de participação, a interação parcial e provocada por indivíduos cada vez mais ligados aos meios de comunicação, além da gestão do consenso social, onde os embates, disputas e conflitos acabam se dando majoritariamente nos meios de comunicação de massa, os quais deixam de ser de opinião e de representação das classes dominadas. A grande questão que o autor coloca em relação à

fragmentação do espaço público é a existência de uma “justaposição de espaços sociais que não se comunicam entre si” (MIÉGE, 2004, p. 11). No entanto, há autores que discordam dessa visão de Miége, enxergando na fragmentação do espaço público, a expressão do caráter democrático de um novo contexto histórico, de uma sociedade formada por uma multiplicidade de públicos e demandas, que tem a necessidade da representação legítima de seus interesses (GUEDES, 2018).

Já a expansão dos espaços se caracteriza, segundo o autor (MIÉGE, 1999), pela participação de todas as classes ou categorias sociais, mas de modos diversos. Leva a reflexão à tendência dos indivíduos a viverem em suas bolhas comunicacionais isoladas ao mesmo tempo em que precisam se inserir como seres sociais ativos.

Renaud e Bouchard (2015) enxergam a função do espaço social como um local de comunicação entre esferas de diferentes origens, aberto aos indivíduos e onde possam se expressar, de mediação e de participação, onde formadores de opinião de diferentes áreas formem lideranças, tornem-se formadores de opinião e contribuam na gestão das normas. Seguindo esta linha de raciocínio, as autoras consideram a necessidade de se pensar o espaço público de uma forma mais ampla, destacando a importância da interatividade num contexto caracterizado pelo espaço social ou até ecossocial.

O espaço ecossocial caracteriza-se por um conjunto de sistemas que se interligam e interagem e, ao mesmo tempo, são constituídos por um conjunto de elementos também interligados e em interação, dentro de um ambiente institucional. Os sistemas são: 1. Micro, o qual diz respeito ao indivíduo; 2. Meso, correspondente ao círculo imediato; 3. Exo, referente a instituições e ambientes próximos ao indivíduo; 4. Macro, ambientes econômico, político, midiático e cultural; 5. Crono, relacionado ao tempo e aos acontecimentos. A forma como indivíduos, grupos ou comunidades ocupam seus espaços, opinam, agem e estabelecem conexões, irão influenciar no processo de circulação da norma.

Dentro deste contexto, o modelo proposto trata da necessidade de mudança de comportamento e hábitos para uma melhor qualidade de vida, saúde e bem-estar. Isso se dá na perspectiva da produção, circulação e assimilação de normas sociais, fruto da interação entre diferentes esferas e seus diferentes atores, as quais deixam o espaço privado para serem apropriadas pelo espaço coletivo. Essa última afirmação diz respeito a uma

concepção de que apesar de a adoção de um hábito saudável depender de uma atitude individual, o Estado ao prescrever uma norma de saúde, lhe confere uma dimensão coletiva que é determinante para a integração da norma (RENAUD; BOUCHARD, 2015).

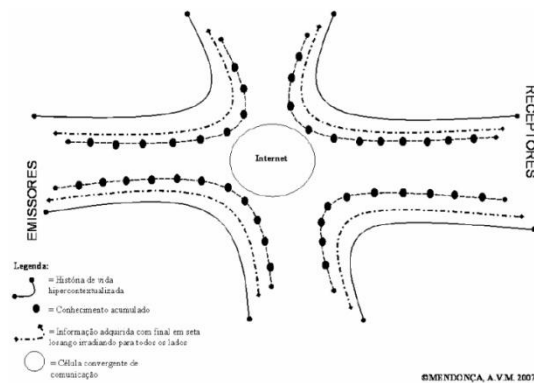
As autoras atribuem um papel relevante às mídias interativas e a possibilidade de acesso aos mais diversos conteúdos e informações, o que lhes leva a conferir aos meios de comunicação um papel essencial na transmissão das normas, principalmente no campo da saúde. Apesar disso, admitem a importância instrumental dos meios de comunicação em alguns casos, já em outros consideram que outros agentes de socialização podem ser mais eficazes.

Nota-se no modelo ecossocial uma dubiedade de sentidos, que nos desafia a um olhar mais apurado. De um lado ressalta seu caráter horizontal e se baseia no agir comunicativo de Habermas, que preconiza a aceitação pelo consenso e a abordagem pluralista, que concede aos meios de comunicação o poder de dar voz aos diferentes interesses. Do outro, apresenta um ciclo de vida verticalizado, que vai do especialista para o público final e utiliza-se de palavras como transmissão e obediência. Portanto, a partir desta constatação e da sua formulação teórica, partimos da premissa de que ele constitui-se em modelo semi-horizontal, onde as esferas são abertas, as barreiras são tênues, a circulação é livre, mas o poder (econômico, grau de influência dos atores, chancela do estado, interesses dos veículos de comunicação, entre outros) é um ponto forte a ser considerado e muitas vezes ditará as regras. Dizemos ‘muitas vezes’ porque, como as próprias autoras pontuam e chancelamos com Morin (2000) o processo de circulação e a fluidez entre atores e esferas torna o ciclo de vida da norma incerto.

3.6.3- O MODELO DE COMUNICAÇÃO TODOS-TODOS

Define-se como “(...) um modelo de processo comunicacional para a inclusão digital” (MENDONÇA, 2007) e sugere a interação produtiva dos atores em rede, cujas produções de conteúdo se relacionam diretamente com a tecnologia, são mediados e redistribuídos, num ciclo produtivo e inclusivo. Este modelo foi concebido sob a ótica do conhecimento Todos-Todos, que se refere a um processo comunicacional típico do ciberespaço, uma vez que permite a interação entre indivíduos e a formação de uma memória coletiva sem um centro emissor.

Figura 4 - Modelo de comunicação Todos-Todos



Fonte: Mendonça (2007).

Mendonça (2007) propõe uma nova abordagem, ressaltando o papel social das Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs), capazes de criar um espaço de convergência entre sujeitos inter ou não intercomunicáveis em sua origem, que se identificam pelos seus contextos sociais e possuem múltiplas funções, tornando-se produtores e disseminadores do conhecimento, e não apenas consumidores. Os agentes interagem separadamente, mas coabitam um espaço mediado pelas TICs, num processo fluido, dinâmico, em que, para além da fala, assumem papéis sociais e culturais, criando fluxos de trabalho coletivo e em rede. Dentro da classificação de Schiavo (2014) consideramos que este modelo pertence ao grupo das teorias da influência de novas mídias.

O modelo considera a possibilidade infinita de conhecimentos que são mediados tecnologicamente e que geram novas infinitas possibilidades de conhecimentos, formando aquilo que a autora chama de “constelações interconectadas e hipercontextualizadas” (MENDONÇA, 2007, p. 42). Isso nos remete à noção de hiperlink de Morin (2000), considerado por ele como fato, informação que se completa uma a outra, ampliando aquilo que inicialmente era. O que está intimamente conectado também à ideia do autor de conhecimento (MORIN, 2000) como reflexo de traduções e reconstruções (e não reflexo da realidade), imprimindo assim, interpretações, visões de mundo e princípios de conhecimento em sua formulação.

Identificamos algumas finalidades do processo de comunicação Todos-todos, que são o uso social do conhecimento gerido, a inclusão social e a presença cidadã na

sociedade da informação e da comunicação. A autora se baseia nos três mundos de Popper (1999): o mundo material, o mundo mental e o mundo inteligível. É neste último que se encontram as teorias, as argumentações e se estabelecem as relações lógicas. A partir do pensamento a respeito do terceiro mundo, a autora estabelece uma relação deste com as facilidades criadas pelas TICs no convívio tecnológico, que permitem inúmeras possibilidades de apropriações, ressignificações, transformações do texto, enfim, são registros, críticas e, conseqüentemente novos registros, que alimentam uma cadeia produtiva. Dentro dessa lógica de ressignificação e transformação, Mendonça (2007) toma ainda como diretriz o pensamento de Paulo Freire a respeito da importância da curiosidade dos atores, da busca constante e da ação transformadora da sociedade para a formação do conhecimento.

O modelo em questão tem como seus pilares teóricos a comunicação extensiva de Simeão e Miranda (2006) e, assim como o Modelo Ecosocial, a teoria da ação comunicativa de Habermas (1999).

A comunicação extensiva proposta por Simeão e Miranda (2003), se apropria da terminologia ‘coisificação’ (MIRANDA, 2002). Esta se refere ao conteúdo que é produzido e, a partir do momento em que passa a circular, torna-se público, podendo ser apropriado, reinterpretado e ganhar novos sentidos, num processo de construção coletiva e infinita de conhecimento. A interpretação tem papel fundamental neste processo, atribuindo uma característica à comunicação Todos-todos, que é a não linearidade e a continuidade. Em suma, pessoas absorvem, emitem, reinterpretam (de acordo com questões culturais e suas concepções de mundo) e produzem novos conteúdos, de forma interativa e não linear, processo mediado pelas TICs (Tecnologias de Informação e Comunicação). Mais uma vez nos deparamos com noção de ecologia da ação de Morin (2000), uma vez que esta diz respeito à crença de que toda ação, ao ser empreendida, passa a escapar do domínio do indivíduo, entra em um fluxo de interações e é apossada pelo meio ambiente. A diferença entre as duas visões é que Morin (2000), apesar de enxergar este processo como natural, trata-o como uma perda de intencionalidade que, por meio de estratégias, podem ser amenizadas (ou não). Já Miranda (2002) considera como um processo natural de construção coletiva.

A comunicação extensiva ocorre no ciber espaço e se caracteriza pela hipermediação – utilização de recursos de áudio e imagens em movimento na estrutura do

texto -, intersubjetividade, hipertextualidade – interação entre conteúdos e comunidades- e a não hierarquização. Além disso, tem por caráter ser pontual e flexível, ao mesmo tempo em que é transitória, efêmera, em constante mutação.

O modelo nos trouxe a reflexão de como contextualizá-lo dentro da classificação de Corcoran (2010) e acabamos por lhe atribuir uma dupla categorização. Considerando o caráter da mutação resultante da apropriação, transformação e circulação de novos conteúdos, consideramos o modelo Todos-Todos como pertencente à teoria das estratégias/etapas, já que as características intrínsecas ao modelo demonstram a imprevisibilidade dos conteúdos. Mas, ao mesmo tempo, se tomarmos em conta que indivíduos ou comunidades podem se encontrar em um mesmo espaço, com os mesmos fins, devemos considerar que haverá afinidade também em termos de crenças e atitudes, que pode levar um padrão de comportamento e previsão de resultados. Este pensamento caracteriza o lado cognitivo do modelo.

Sob a ótica de Habermas (1999), todos são capazes de se justificar, por meio da linguagem, o que permite uma sobreposição de papéis, podendo ser emissores e receptores dentro de um processo comunicacional. A comunicação todos-todos se relaciona com o agir comunicativo, colocando as tecnologias de comunicação e informação (TICS) como um local de convergência desse papel ambíguo exercido pelos atores. Os participantes da ação comunicativa perseguem um acordo, uma busca do entendimento ou o que Habermas (1999) chama de pretensões de validade. Seu êxito ocorre num plano de relações interpessoais, tendo como cenário o mundo da vida destes atores, o qual “acumula o trabalho de interpretação realizado por gerações passadas; é o contrapeso conservador contra o risco de desacordo que comporta todo o processo de entendimento” (HABERMAS, 1999, p. 104). O mundo da vida é o mundo das convicções partilhadas pelos atores, os quais supõem garantidas, uma preconcepção que está culturalmente inserida, não necessitando de maiores discussões. Segundo Gutierrez e Almeida (2013, p. 154) seria “o mundo transcendental em que falante e ouvinte saem ao encontro”. Desta forma, Habermas (1999) destaca o princípio da integração social, onde há uma pretensão de validade que ocorre entre o mundo da vida e o agir comunicativo. Isso justifica a afirmação de Mendonça (2008) de que em relação às tarefas há um ambiente conflituoso, mas harmonioso em termos produtivos, pois há uma compreensão do universo de cada um.

Encontramos em Habermas (1989) uma afirmação que reforça a importância do pensamento do agir comunicativo inserido no contexto da comunicação Todos-Todos:

Sob o aspecto funcional do entendimento a ação comunicativa serve à tradição e à renovação do saber cultural; sob o aspecto da coordenação da ação, serve à integração social e à criação de solidariedade; sob o aspecto da socialização, finalmente, serve à formação de identidades pessoais. (HABERMAS, 1989, P. 497)

O modelo proposto, portanto, enfatiza o papel social da utilização da internet, dentro de um processo de interação colaborativa e dinâmica, que ocorre entre atores que compartilham alguns códigos e, ao mesmo tempo, ressignificam o processo de produção, circulação e apropriação de conteúdos, levando a um novo patamar na produção de saberes, mudando a lógica das práticas comunicacionais tradicionais transferenciais.

A autora define o processo comunicativo como sendo um sistema vivo e dinâmico, onde os papéis assumidos pelos sujeitos se sobrepõem à fala, construindo-os social e culturalmente (MENDONÇA, 2009). Enxergamos nessa afirmação uma característica que perpassa pelos três modelos, sendo que a ideia de sistemas, cuja definição veremos a seguir, assegura sua característica minimamente interdisciplinar.

Quadro 1 - Os modelos, suas bases teóricas e definições.

Modelos	Bases teóricas	Como se define
<u>P Process</u>	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Social and behavior change communication</u> - O paradigma da produção doméstica de saúde (tradução nossa) 	Um planejamento de comunicação em saúde desenvolvido em seis passos
<u>Ecosocial</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Abordagem pluralista - Teoria da ação comunicativa - Modelo ecológico 	Um modelo que busca explicar o surgimento e a circulação de uma norma na sociedade
Comunicação <u>Todo-Todos</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Comunicação extensiva - Teoria da ação comunicativa - Conhecimento Todos-Todos 	Modelo de processo comunicacional de inclusão digital que atribui um papel social às <u>TICs</u>

Fonte: elaborado pela autora.

4. METODOLOGIA

O conceito de promoção da saúde, apesar de considerado recente em nossa história e ainda em construção, possui ideias basilares bem consolidadas na literatura. O mesmo ocorre com a comunicação em saúde. São campos abertos, consolidados e ao mesmo tempo em evolução. Aquilo que já se tem constituído, muitas vezes, limita-se a um grupo de especialistas no assunto, não abrangendo todo o corpo de técnicos e gestores que necessitariam se apropriar destes conceitos, o que dificulta a realização de práticas eficazes, embasadas em teorias. Isso gera outro limitador, que é a baixa renovação do conhecimento que estes campos necessitam para se adaptar aos novos contextos que se colocam. É preciso mergulhar mais profundamente nestas questões para que não se traduzam em pensamentos e ações rasos, que não dêem conta da complexidade destes campos e que não acompanhem o ritmo da evolução (ou involução) da sociedade.

As características intrínsecas aos conceitos mais recentes de promoção e de comunicação em saúde são bastante afins e nos obrigam a um olhar mais sensível, pois envolvem elementos que vão além do pragmatismo e do instrumentalismo. Araújo e Cardoso (2007) e Renaud e Bouchard (2015) estabelecem, por exemplo, relações entre a comunicação e o poder. Kincaid et al (2013) defendem que ao coletar dados sobre o público é necessário entender também suas esperanças e sonhos para uma vida melhor. E, vida melhor, para autores da promoção da saúde, como Buss e Czeresnia (CZERESNIA; FREITAS, 2009) tem uma forte ligação com a qualidade de vida e o bem-estar. Corcoran (2010), assim como a Teoria do *Social and Behavior Change*, (HC3, 2009) defendem a necessidade de entendimento dos fatores que influenciam o comportamento das pessoas. Isso significa dizer que existem outros elementos, que constituem a saúde dos homens, o que os faz ser algo além do que apenas órgãos e funções, reflexão que vai ao encontro do pensamento de Czeresnia (2009).

Isso reflete o grau de complexidade da promoção e da comunicação em saúde, devido à sua formação sistêmica, que envolve diferentes partes, objetivas e subjetivas, que vão se unindo para construir estes campos e estão em constante mutação. Além deste caráter sistêmico, propicia ainda o desenrolar de um processo hermenêutico dialético, ou seja, interpretação e crítica, uma vez que ao envolver a subjetividade, dá

margem a diferentes construções teóricas, as quais influenciam as práticas, que variam de acordo com interesses, vivências e culturas. A hermenêutica dialética consiste em um bom suporte para o estudo dos modelos, já que eles exigem um olhar ampliado e preconizam a práxis, Segundo Stein (HABERMAS, 1987), a hermenêutica e a dialética representam uma forma de vida do pensamento que não se descola tanto do mundo vivido, quanto da práxis vivida e por isso precede à ciência e ao trabalho científico. Entendemos este pensamento como uma crítica aos procedimentos científicos, que reduzem o objeto a partes e métodos ou se descolam da realidade vivida, o que também reduz automaticamente o conhecimento. Nesse sentido, o autor se refere a “proteger o objeto das ciências humanas e da atomização dos processos tecnocráticos do conhecimento” (HABERMAS, 1987, p.131). Essas reflexões geraram subsídios para encontramos uma forte relação entre a hermenêutica dialética e a teoria sistêmica, as quais veremos a seguir. A hermenêutica e a dialética, eivadas de historicidade buscam resgatar o sentido da reflexão filosófica, E, neste aspecto, é importante ressaltar que o autor define a tarefa da reflexão filosófica não apenas para justificar o pensamento científico, mas “há a necessidade de se descobrir a pretensão da verdade na história da filosofia (...), ao mesmo tempo situar as novas condições em que se dá esta continuidade” (HABERMAS, 1999, p. 129).

A partir destes pensamentos, deu-se a organização metodológica deste estudo teórico qualitativo e exploratório, cuja amostra consiste nos três modelos de comunicação objeto deste estudo e a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), utilizando como referência a comunicação para a promoção da saúde.

As temáticas foram escolhidas pela constatação de que encontramos, no Brasil, muitas discussões conceituais sobre a comunicação em saúde, sobre a promoção da saúde, mas pouco destes dois campos inter-relacionados e, menos ainda, provenientes de autores pertencentes à área da comunicação. A grande parte do conhecimento produzido e registrado que encontramos pertence aos campos da enfermagem ou da medicina, áreas que demonstraram, em grande parte enxergar a comunicação como o ato de se comunicar com o paciente ou de produção instrumental de materiais.

Soma-se a isso, a existência de uma Política Nacional de Promoção em Saúde, que contempla o tema comunicação, mas, no entanto, parece não ter sido adotada

como norteadora para as ações de comunicação para promoção da saúde pelos órgãos e instituições governamentais.

Pretende-se, portanto, uma análise aprofundada desta política naquilo que se refere às questões conceituais da comunicação e como isso se refletiu na prática. A partir daí, fizemos uma discussão entre três modelos de comunicação em saúde, para a análise de seu potencial para a promoção da saúde e gerar novos conhecimentos e reflexões a respeito de uma comunicação promotora da saúde, sempre com um olhar voltado para o SUS.

Portanto, para o referido estudo, realizou-se leitura em profundidade com base em pesquisa bibliográfica e documental. A pesquisa bibliográfica caracteriza-se por ter como fonte de informação documentos já produzidos, tais como artigos científicos, livros e publicações. Já a documental, muito se assemelha à bibliográfica, diferindo-se apenas no tipo de documento, cujo tratamento analítico ainda não foi realizado ou é passível de reelaboração.

Para fins de análise dos modelos e posterior discussão, foram desenvolvidos três quadros comparativos. Um deles contém categorias formuladas a partir das principais características encontradas nos modelos. O segundo foi elaborado com o intuito de identificar características, presentes nos modelos, que convergem com a promoção da saúde preconizada por Buss (2009). O terceiro busca qualificar determinados aspectos intrínsecos aos modelos como promotores ou preventivistas tendo como base quadro elaborado por Buss (2009) que estabelece as diferenças esquemáticas entre promoção e prevenção,

Já a Política Nacional de Promoção da Saúde, envolveu pesquisa, e análise de documentos das bases de dados Google acadêmico e BVS, naquilo que se refere às questões conceituais da comunicação e como isso se refletiu na prática. Foram selecionados os seguintes documentos: a Política Nacional de Promoção da Saúde em suas versões original (2006) e revisada (2014), o documento técnico que sistematiza as mesas, debates e trabalhos em grupo durante o Seminário Nacional de Revisão da PNPS (BRASI, 2015), artigo que faz o balanço da implementação das prioridades da PNPS entre 2006 e 2014 (MALTA et al, 2014) e artigo que reflete o percurso da Política (MALTA et al, 2016). Os critérios de inclusão foram: documentos elaborados

a partir de 2014, tendo como país de assunto o Brasil e que contenham referência à comunicação e sua inter-relação com a PNPS.

A interpretação dos materiais analisados e as discussões dela resultantes têm como aporte teórico a hermenêutica dialética e a teoria sistêmica. A primeira tem no construtivismo o seu alicerce, segundo o qual considera o texto algo a ser interpretado, e cuja interpretação não está ali apenas esperando para ser descoberta, mas vai sendo construída por meio da leitura. A hermenêutica estabelece a relação entre autor e o discurso por ele proferido, a interpretação do leitor influenciado por sua historicidade e preconceitos - no sentido gadameriano de perspectivas prévias do leitor - e sua posterior resignificação em um novo discurso, mas ainda dentro de uma linha de raciocínio proposta pelo leitor. Consiste, portanto, no processo de compreensão, não em uma perspectiva metodológica, mas segundo uma perspectiva filosófica que traduz aquilo que transcende o que deve ou deveria ser feito, mas sim, algo que de fato ocorre no processo de compreensão (GADAMER, 1997). Concordamos com Lorenzo (2016) em sua afirmação de que a compreensão é resultado de um processo socrático de diálogo, no qual o texto coloca questões ao leitor e este coloca questões ao texto. As respostas obtidas correspondem ao compreender.

A dialética, por sua vez, formula a crítica buscando o contraditório, as obscuridades constantes na linguagem, nas simbologias e na cultura (MINAYO, 2014). Considera a linguagem como instrumento de dominação, fruto de relações de poder e produção, e que merece ser investigada, tanto a produzida pelo autor quando pelo leitor.

O histórico confronto entre Gadamer (1987) e Habermas (1987), busca explicar o nosso tempo pela reflexão. Considerando que a reflexão constitui-se por unidade e oposição, podemos afirmar que hermenêutica e dialética não se anulam, buscam explicar o mundo por métodos que convergem por meio da divergência (HABERMAS, 1987). A dialética busca a diferença, o contraste, enquanto a hermenêutica busca a mediação. Habermas define a junção entre hermenêutica e dialética como a razão que ao mesmo tempo em que busca compreender, também critica. O diálogo se coloca como peça fundamental neste processo, assim como a historicidade. “Trata-se de fazer ver aos procedimentos científicos e de dar conteúdo aos caminhos da reflexão filosófica” (HABERMAS, 1987, p.130). A hermenêutica

dialética enquadra-se dentro de corrente de pensamento compreensivista que vê a realidade social como fruto de uma inter-relação de atores sociais, ou seja, considera o papel do indivíduo, assim como de suas ações, na construção da realidade. De acordo com esta visão, não é possível dissociar as ações das coisas, da linguagem e dos acontecimentos para a compreensão das realidades sociais.

A abordagem sistêmica subsidiou os estudos dos modelos teóricos com base no viés da transdisciplinaridade, do ecossistema (interação mútua ente indivíduos, famílias, sociedade, nação) e da intervenção para melhoria da qualidade de vida das pessoas (MINAYO, 2014). Consideramos sistema, segundo Bertalanffy (2012, p. 58), como um complexo “de elementos em interação”. Isso significa dizer que é preciso entender não apenas o comportamento das partes, mas o todo resultante da interação entre elas.

Apesar de biólogo, o autor considerou criar uma teoria que pudesse ser aplicada a diferentes campos do conhecimento e haver trocas entre eles. Portanto, transpondo para nossa área de interesse, é necessário o entendimento de que a saúde (como campo) deve ser flexível para permitir o intercâmbio de outras disciplinas a fim de que se possa compreender a dimensão e o funcionamento da sociedade como produtora de saúde, e esta como fruto das inter-relações entre os componentes desta sociedade.

Morin (2012) alerta para o perigo da ‘coisificação’ do objeto estudado (o qual não possui o mesmo sentido da coisificação de Miranda), o que significa dizer que ao observar o objeto separadamente, apartado de outras disciplinas, ele deixa de ser complementado por outros olhares e cria uma falsa impressão de autossuficiência, como se não fizesse parte do todo, fazendo perder suas conexões com o universo no qual se insere.

Portanto, a partir do entendimento daquilo que é preconizado como comunicação na PNPS e como se dão suas práticas no Brasil, temos o desafio de, por meio de busca metodológica comparativa, identificar convergências e divergências entre os três modelos – *P Process*, Ecosocial e Todos – Todos, que nos auxiliem a delinear aquilo que seria uma vertente da comunicação promotora da saúde e sua aplicabilidade no SUS.

O presente estudo foi realizado observando-se preceitos éticos de originalidade, autoria própria e atribuindo as devidas referências aos autores citados. A natureza do estudo dispensou aprovação pelo comitê de ética desta instituição.

Como produto deste mestrado, foi submetido um artigo à revista Saúde e Sociedade, da Universidade de São Paulo (USP), no dia 20 de junho de 2018 (vide comprovante no apêndice B). O artigo trata da análise da comunicação em saúde a partir da PNPS.

5. A PNPS E A COMUNICAÇÃO: É PRECISO DISCUTIR

Considerando a construção do pensamento sobre a comunicação em saúde e sua inter-relação com a comunicação pública, partimos do princípio que ela cumpre o papel de elo entre Estado, Governo e sociedade nas questões relacionadas à saúde. É atributo, portanto, das instâncias de comunicação governamentais, atuarem estrategicamente em torno da temática a fim de suscitar e subsidiar debates, circular conhecimentos, minimizar crises, maximizar condições de saúde, promover mobilização, colaborar para o exercício da cidadania e a participação social e alavancar políticas públicas de saúde.

De acordo com essa lógica e levando em conta a importância da promoção e a existência de uma Política Nacional de Promoção da saúde, considera-se esta uma área a ser mais bem explorada pela comunicação nas esferas que atuam no Sistema Único de Saúde. Portanto, para fins desta pesquisa, cabe compreendermos como a comunicação é inserida no contexto da Política Nacional de Promoção da Saúde e como ela protagoniza as ações e estratégias relativas à promoção da saúde desde a implantação da Política, para melhor subsidiar a discussão sobre modelos, teorias e práticas de comunicação para a promoção da saúde no âmbito do SUS.

5.1- ENTENDENDO O CONTEXTO

A reflexão a que nos propomos tem como cenário a visão de Fleury e Ouverney (2008) sobre a política de saúde como uma política social, reconhecendo que a saúde se constitui em direito inerente à condição de cidadão. Aqueles que adquirem o status de cidadãos passam a ser assegurados por uma série de benefícios, tornando-se, dentre outros, legítimos beneficiários das políticas de proteção social, cujo modelo adotado no Brasil é o da seguridade social, pressupondo o “usufruto de um direito de cidadania” (FLEURY; OUVERNEY, 2008, p.1).

A implantação do SUS, com a promulgação da Constituição de 1988, torna a saúde um direito social irrevogável, ampliando seu conceito para além da visão biológica da determinação do processo saúde-doença e assegurando aos cidadãos acesso universal às ações e serviços de saúde, integralidade da assistência de forma equânime e garantia de ampla participação social. É dentro deste contexto que as

políticas de saúde são pensadas, exigindo práticas pautadas por uma perspectiva multidisciplinar, integrada e articulada em rede, de forma a atender as necessidades de saúde de um dado território (BRASIL, 2015).

É também no contexto da multidisciplinaridade, da intrasetorialidade e da participação e controle social que se insere a comunicação no âmbito da promoção da saúde.

Assim como a saúde, a comunicação também é considerada um direito universal, declarado pela Unesco em 1980, no relatório *MacBride* (UNESCO, 1980). Isso significa dizer que, além da liberdade de expressão e do acesso a informações, Estado e sociedade devem adotar medidas para garantir que todos tenham condições de exercer seu direito plenamente. O tema voltou à pauta em 2003, com um movimento civil intitulado *Communication Rights in the Information Society* (CRIS). Na ocasião, o então secretário geral da ONU, Kofi Annan, declarou que milhões de pessoas dos países mais pobres continuavam excluídas de seu direito à comunicação, o qual considerava cada vez mais percebido como direito humano fundamental. Podemos definir o direito à comunicação como “direito à participação, em condições de igualdade formal e material, na esfera pública mediada pelas comunicações sociais e eletrônicas” (OBSERVATÓRIO DO DIREITO À COMUNICAÇÃO, 2017).

A comunicação integra o texto da Política Nacional de Promoção da Saúde – PNPS – desde sua primeira versão, o que consideramos lícito atribuir um caráter estratégico para a efetivação do que é preconizado pela política, principalmente no que tange à participação social e à cidadania.

A cidadania, dentre outros fatores, pressupõe equidade e o exercício do poder legitimado pelos cidadãos e em nome deles. Porém, a conquista do *status* de cidadania nem sempre tem refletido a garantia plena de direitos, como a promoção da saúde. Assim como também não tem garantido a formação de uma consciência coletiva do que é ser cidadão, ou seja, como ser sujeito ativo, participativo e autônomo, capaz, tanto de tomar decisões conscientes sobre determinadas situações de saúde, quanto de atuar sobre as políticas públicas de saúde. Neste aspecto, a comunicação também encontra papel relevante como espaço de debates, de visibilidade, de informação, de formação, apropriação e construção de conhecimentos e da colaboração para a formação de uma consciência cidadã.

A PNPS baseia-se no conceito ampliado de saúde e reforça o debate sobre os condicionantes e determinantes sociais da saúde. Considera a promoção como as

estratégias e formas de se produzir saúde, tanto individual como coletiva, e aborda a dimensão da articulação e cooperação inter e intra setorial, a formação de Redes de Atenção à Saúde – RAS- e a articulação destas com as demais redes de proteção social, além de preconizar ampla participação e controle sociais.

A participação social é objeto especial de interesse desta reflexão, entendida na PNPS como um processo que envolve corresponsabilidade no planejamento, execução e avaliação das ações, uma vez que leva em consideração as visões de diferentes grupos na identificação de problemas e solução das necessidades. Considera ainda a dimensão da participação e do controle social sob o viés da ampliação da representação e da inclusão dos sujeitos na elaboração das políticas públicas e em outras decisões relevantes que os afetem. Existe, portanto, uma relação da participação social com o próprio processo inerente às políticas públicas, uma vez que estas consistem em fruto de uma relação entre governo, governantes e cidadãos. Entende-se, dessa maneira, que o dever agir do estado, estabelecido pela Carta Magna de 1988, em prol da saúde para garantir o direito do cidadão, significa não só agir sobre todos os determinantes sociais, políticos, econômicos, ambientais e biológicos que influenciam o processo saúde doença, mas agir em prol do estímulo e da formação de cidadãos conscientes e participativos, atores neste processo que determina as relações saúde – doença e capazes de influenciar as políticas públicas.

Vasconcelos, Oliveira-Costa e Mendonça (2016) apresentam outra dimensão, complementar a esta visão ao afirmarem que a compreensão, assimilação e aceitação das políticas públicas dependem de sua visibilidade e conversão em saberes partilhados e sintonizados com o público a qual se destinam. Desta forma, é possível afirmar que existe uma relação indissociável da comunicação com a participação social e com as políticas públicas, neste caso, a promoção da saúde, uma vez que ela se constitui em espaço democrático de escuta, que dá voz a diferentes atores, de formação, de divergências e de consensos, onde os debates acontecem e os significados construídos são apropriados.

5.2- A COMUNICAÇÃO NA PNPS

É possível identificar que a PNPS contempla as duas dimensões da comunicação no âmbito da saúde e do bem-estar que Rimal e Lapinsky (2009) chamam de instrumental e ritualística. A dimensão instrumental da comunicação é entendida como aquela voltada para a difusão de informações e conhecimentos, que considera a mensagem, o público, a resposta desejada e o canal. Já a dimensão ritualística enxerga o indivíduo como membro de uma comunidade e, que por meio de interação, produz significados, tanto num nível individual, que envolve experiências, crenças e conhecimentos, quanto no nível macrossocial, que envolve cultura, relações e normas sociais. A dimensão instrumental é inerente à comunicação, mas, tratando-se de promoção da saúde, não pode prescindir da dimensão ritualística.

A dimensão instrumental da comunicação pode ser identificada nas duas versões da PNPS, conforme a seguir. A primeira versão da Política (BRASIL, 2006), apresenta em sua introdução a comunicação, apontada como um dos componentes de suas diretrizes. No entanto, estas se limitam a elencar a divulgação e informação das ações voltadas para promoção da saúde. Estes dois itens já não mais aparecem nas diretrizes da versão revisada, assim como a comunicação deixa de ser mencionada na introdução.

A divulgação de informações, a divulgação da política e elaboração de materiais de divulgação aparecem respectivamente em suas estratégias de implementação e nas responsabilidades das três esferas de gestão: federal, estadual e municipal. Nas ações específicas indicadas para o biênio 2006-2007, destacamos as seguintes propostas: campanhas na grande mídia para fins de orientação e sensibilização da população em relação à alimentação saudável; produção e distribuição de vídeos sobre alimentação saudável; campanhas de divulgação sobre modos de vida saudável; articulações com a mídia para divulgação de ações e de fatos que contribuam para o controle do tabagismo; mobilização e incentivo a ações contínuas em canais comunitários que contenham informações sobre os males do tabagismo; aumento das veiculações na mídia sobre informações que associem uso

abusivo de álcool/ drogas e acidentes/ violência, e apoio a campanhas de divulgação em massa sobre morte por acidentes de trânsito.

A segunda versão, de 2014, é mais abrangente e não tão específica quanto às ações de comunicação a serem realizadas. Isso é decorrente do Seminário Nacional de Revisão da PNPS (BRASIL, 2014), em que grupos representantes dos mais diversos setores optaram pela não delimitação de ações nesta segunda versão, a fim de evitar tanto a redundância quanto a limitação das ações. Identifica-se a dimensão instrumental da comunicação pela menção aos materiais de divulgação que devem ser elaborados pelo Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais de Saúde.

Antes de avançar na dimensão ritualística, cabe uma reflexão a respeito das ações específicas propostas da Política para o biênio 2006-2007. Retomamos aqui Schiavo (2014), que considera que o público é o foco de cada intervenção, e a comunicação trabalha em situações caso a caso, ou seja, há que se trabalhar com diferentes disciplinas, modelos teóricos e estratégias de acordo com cada caso que se apresente. Até porque é preciso considerar uma série de questões de dimensão ritualística da comunicação que são os valores, as normas, as culturas, as diversidades, etc. Portanto, sugerir determinadas ações dentro de uma política, tais como produção de vídeos, campanhas de massa, entre outras, soa prematuro e parece desconsiderar todos estes elementos, bem como exige estudos mais aprofundados de situação para entender as necessidades de cada grupo populacional, que é o seu público. Dessa forma, julgamos acertada a decisão do grupo em retirar estas ações na versão de 2014.

Dentro da perspectiva ritualística da comunicação em saúde na PNPS, a versão de 2006 traz a preocupação em dar apoio técnico e/ ou financeiro para projetos de capacitação de profissionais de informação, comunicação e educação em saúde, para atuarem no âmbito da Estratégia Saúde da Família e Programas de Agentes Comunitários de saúde. Aborda ainda a necessidade de identificação, apoio e articulação de experiências de informação, educação popular e comunicação, no que se refere às ações promotoras da saúde, como responsabilidades das esferas de gestão federal, estadual e municipal. Nas ações específicas para o biênio 2006-2007, a Política sugere firmar agenda/pactos com diversos setores, incluindo a comunicação, para definição de compromissos e responsabilidades a fim de garantir hábitos alimentares mais saudáveis na população.

Dentro deste aspecto é importante ressaltar que a versão de 2006 vem imbuída de um caráter interdisciplinar da comunicação, preocupando-se em inter-relacioná-la a outros campos do conhecimento, como a informação e a educação. Essa característica não assurge explicitamente na versão revisada, o que nos parece um contrassenso.

Por outro lado, a versão de 2014 atribui à comunicação um caráter mais estratégico. Uma das perspectivas que nos leva a esta afirmação é o estabelecimento de estratégias de comunicação e de mídia, em seus objetivos específicos, para fortalecer os princípios e ações de promoção da saúde e também as políticas públicas saudáveis. Além disso, a priorização de processos democráticos e participativos de comunicação aparece dentre os eixos operacionais, no item gestão. Comunicação e mídia conformam, ainda, um eixo operacional, considerado como espaço que contempla expressões comunicacionais formais e populares e que favorece a escuta e a vocalização dos diferentes grupos envolvidos (BRASIL, 2015, art. 9, inciso IX).

Apesar de menos citada na versão revisada da política, a comunicação é institucionalizada em seus eixos operacionais, conforme visto acima. Isso significa dizer que ela ganha status de estratégia de concretização das ações de promoção da saúde. Sempre em conformidade com seus valores, princípios, objetivos e diretrizes como o fortalecimento da equidade, da participação social, da autonomia e do empoeiramento dos sujeitos, fatores fortemente ligados à cidadania.

Nenhuma das versões da Política define o que entende por comunicação no contexto da Promoção da Saúde. Isso abre um leque de opções, mas também deixa uma brecha para que seja aplicada conforme as diferentes visões de seus implementadores. Portanto, ela pode ser tanto transversal, intersetorial, integral e sustentável, como pode ser centralizadora, vertical, concentrada em seu próprio campo e imediatista.

5.3- TEORIA VERSUS PRÁTICA NA BALANÇA

A partir da análise dos documentos selecionados, observamos que existe um distanciamento entre o que preconiza a Política e o que de fato tem sido documentado como prática de comunicação em sua inter-relação com a promoção da saúde e a participação social.

O artigo que apresenta o balanço da implementação das PNPS entre os períodos de 2006 a 2014 (MALTA et al, 2014) traz como referência de ações de comunicação a divulgação de resultados de pesquisas que, segundo o documento, podem contribuir para ações de mobilização social. Devemos considerar que divulgação de resultados de pesquisas geralmente são restritas a grupos muito específicos, além de recair na armadilha da transmissão unilateral, sem que, de fato, se configure um processo comunicacional. Considera ainda, como contínuas, as ações comemorativas dos dias mundiais da saúde e da atividade física, na primeira semana de abril de cada ano. Desconsideramos o caráter contínuo destas ações, considerando-as pontuais e temporais, contrariando um dos preceitos que dialogam tanto com a comunicação quanto com a PNPS, que é a sustentabilidade. A este respeito, trazemos a preocupação em superar os limites do instrumental da participação popular, muitas vezes entendida como mobilização comunitária, na busca de um entendimento de participação como “parte fundamental de um processo mais amplo, capaz de permitir a atuação do indivíduo na recuperação histórica e na construção do conhecimento” (BRASIL, 1986).

O artigo em questão aponta como um processo de comunicação em saúde e de difusão de informação para a sociedade, material para profissionais de saúde e o Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2014). O Guia informa que sua edição revisada de 2014 passou por consulta pública e por amplo debate entre diferentes setores da população, o que é um ponto positivo e alinha-se com aquilo que é preconizado pela PNPS e outras importantes políticas sociais como a Segurança Alimentar e Nutricional, principalmente no que diz respeito à participação social. No entanto, ao analisar o Guia, conclui-se que ele pode configurar um bom material ao se direcionar para os profissionais da saúde, no entanto, não cumpre sua função de comunicação com a população por ser

longo, bastante textual e possuir conteúdos e reflexões de complexidade inadequada à população que mais necessita ser atingida pelas Políticas de Promoção da Saúde.

Identifica-se, portanto, uma tendência reducionista do papel da comunicação nas ações documentadas referentes à Política Nacional de Promoção da Saúde até 2014, aquém das possibilidades que lhes são atribuídas, estando mais associadas à divulgação de dados de pesquisas, produção de materiais ou publicações por vezes descontextualizados ou à realização de campanhas pontuais de mobilização comunitária.

Esta questão é de extrema relevância, uma vez que se a sociedade não compreender a saúde como processo que envolve acesso, produção e promoção da qualidade de vida, também não se sentirá responsável e muito menos parte integrante, constitutiva e participante deste processo. E a comunicação, certamente, é elemento central para provocar esta mudança de paradigma.

O Seminário que gerou as mudanças na versão da Política de 2014, caracterizou-se por um processo democrático de discussões e reflexões que abarcou gestores, instituições acadêmicas e segmentos da sociedade civil. No documento fruto deste, a comunicação aparece como ponto de discussão em diferentes temáticas, mas não tem seu conceito definido, o que justifica as diferentes dimensões em que é abordada e, conforme apontado anteriormente, justifica novamente a ausência de uma conceituação na edição revisada.

É importante frisar que nem tudo que analisamos é apontado como comunicação especificamente neste documento, portanto, recorreremos a um processo hermenêutico dialético em algumas situações analíticas. Desta forma, apesar de aparecerem como eixos estratégicos separados da comunicação, incluímos nesta análise o eixo produção e disseminação do conhecimento.

O termo disseminação do conhecimento, por si só, possui uma carga transferencial, remetendo à imagem de um receptor passivo, contrariando, portanto, os conceitos mais ampliados de comunicação em saúde. A comunicação contemplada em nossa pesquisa é baseada em um processo de circulação, de produção e trocas de conhecimentos a partir das informações geradas, ou seja, é um processo bem mais complexo.

Encontramos referências a documentos técnicos produzidos pelo Ministério da Saúde e também divulgação de resultados de pesquisa (Vigitel e Pnad), esta última

apontada como um processo acessível de comunicação com a sociedade. Percebe-se claramente a existência de uma confusão entre disseminação de informação – entendida como divulgação dos resultados dos dados das pesquisas – e comunicação. A informação pura e simples (CARMO; SOUSA; MENDONÇA, 2014) torna-se superficial e não tem significado ou utilidade se não houver uma funcionalidade. ‘Divulgar e informar’ são palavras frequentes no documento.

A confusão também se faz presente na menção da informação e da divulgação de iniciativas como diretrizes que devem ser consideradas na PNPS, a partir de metodologias participativas e saber popular e tradicional. É nítida a intencionalidade de tornar os processos mais inclusivos e participativos, mas a partir de uma premissa vertical de divulgação, que se constitui em um processo mais instrumental de comunicação.

Ao longo do texto fomos buscando elementos que pertencem ao eixo da comunicação. Identificamos menções à produção de materiais de apoio, de vídeos, de informativos e jornais, inserção nas mídias sociais, realização de campanhas, propostas de comunicação permanente sobre promoção da saúde nos espaços sociais, estabelecimento de mecanismos de diálogos com públicos diferentes, estabelecimento de estratégias de comunicação e mídia para fortalecer ações e princípios do SUS, aliança entre comunicação e políticas públicas e necessidade de inclusão de profissionais de comunicação em determinados discussões de prevenção e promoção. Este último nos fornece um indicativo de uma realidade em que profissionais de comunicação nem sempre são incluídos nos processos decisórios relativos à promoção da saúde.

Encontramos também uma forte culpabilização da mídia por comportamentos relacionados a uso abusivo de álcool e outras drogas e também à violência, assim como a demonstração de uma vontade explícita de combate à mídia e controle de propaganda.

Diante de todas as propostas apresentadas e discussões levantadas, podemos afirmar que a comunicação é entendida de forma diferente, por diferentes grupos de discussão, sendo que alguns a compreendem de maneira mais restrita e outros já a percebem de forma ampliada, como um componente mais estratégico para a promoção da saúde. De uma maneira geral, percebemos que o enfoque na visão ampliada da comunicação foi majoritário na versão da Política de Promoção da Saúde de 2014. Mas

isso não elimina o fato de que os diferentes entendimentos originários das discussões gerem distorções no que foi preconizado pela Política e o que de fato é praticado.

A partir da elaboração da Política revisada, encontra-se documentado (MALTA et al, 2016) o lançamento, em 2015, de uma estratégia intitulada ‘Da saúde se cuida todos os dias’, com o intuito de integrar e promover as principais diretrizes e as ações da PNPS, por meio de ações inter setoriais de comunicação, mobilização, eventos, e inserção nas mídias digitais. Desta forma, buscou-se atuar sobre os eixos prioritários estabelecidos pela PNPS, além da abordagem de temática que se fez relevante à época, o incentivo ao parto normal. Não encontramos documentadas quais ações foram estas ou seus resultados, uma vez que o endereço eletrônico do site indicado no artigo não foi encontrado, sinalizando que este não mais existe. Em seu lugar está a Plataforma Saúde Brasil, um web site cujo conteúdo baseia-se em quatro pilares: “eu quero parar de fumar”, “eu quero ter peso saudável”, “eu quero me alimentar melhor” e “eu quero me exercitar”. No entanto, verificou-se que esta plataforma web é de caráter meramente informativo, não sinalizando realização de eventos e ações complementares, distanciando-se da proposta original apontada pelos autores, “Da saúde se cuida todos os dias”.

Não foram encontrados outros balanços de atividades de comunicação a partir da segunda versão da PNPS, portanto, nossa percepção se baseia na revisão de literatura realizada, que aponta o caráter campanhista das ações e de cunho preventivista, apontando para uma divergência entre o que a Política preconiza sobre comunicação e as ações que são realizadas.

A promoção da saúde, apesar de amplamente debatida e repleta de concepções teórico filosóficas, ainda é um campo em construção e dadas as complexidades e as várias subjetividades que lhes são inerentes, ainda carece de maior tempo de maturação no que diz respeito às suas práticas, muitas vezes confundidas com ações preventivas de saúde.

A comunicação em saúde segue no mesmo sentido, pelas mesmas razões, sendo suas práticas no Brasil ainda eivadas de um caráter operacional ou ‘campanhístico’, e suas principais marcas “os materiais de divulgação, as ações de assessoria de imprensa ou as campanhas publicitárias de cunho preventivo” (VASCONCELOS; OLIVEIRA-COSTA; MENDONÇA, 2016).

Diante da realidade que se apresenta, sentiu-se a necessidade de buscar no Brasil e fora dele, experiências que tragam um novo olhar para a prática da comunicação em saúde e que possa nos orientar para pensar em alternativas a serem aplicadas à promoção da saúde, alinhadas à PNPS.

6. TRÊS PAÍSES, TRÊS MODELOS: O QUE ELES TÊM A NOS DIZER?

6.1- CONVERGÊNCIAS E DIVERGÊNCIAS

A partir da leitura dos três modelos e seus aportes teóricos, criou-se o primeiro quadro definindo-se categorias para fins comparativos entre eles. A intenção é a busca de consensos e divergências que colaborem para um melhor entendimento a respeito daquilo que consideramos as principais características destes modelos e detectarmos alguns indicadores que contribuam para um posterior pensamento sobre uma comunicação promotora da saúde.

As categorias criadas foram práxis, sustentabilidade, público envolvido, interatividade, caráter dialógico versus transferencial, flexibilidade, finalidade e como enxerga a comunicação.

Quadro 2 - Convergências e divergências entre os modelos a partir das principais características identificadas

Indicadores	<i>P Process</i>	Modelo Ecosocial	Todos todos
Práxis	Praxis é característica do modelo. Aberto às teorias e possui método próprio bem delineado.	Modelo teórico explicativo. Não apresenta métodos, mas aponta os papéis dos atores no ciclo de uma norma, assim como suas inter-relações. Apresenta sugestões de dicas de ações para profissionais de saúde pública.	Tendência maior ao lado teórico do funcionamento do modelo. Não preconiza método, mas traz um relato de experiência.
Sustentabilidade (no sentido de continuidade)	Preocupação com a sustentabilidade. Faz críticas aos programas de curta duração	Declara a necessidade da frequência nas mensagens transmitidas e critica as que acontecem apenas uma vez ao ano. Afirma ser longo o processo de constituição de uma norma. A medida de tempo deve ser em anos e não em meses ou dias.	Preocupação com a sustentabilidade
Público envolvido	Direcionado às comunidades, com características de intervenção territorial, primeiramente. Defende a integração entre comunidades, lares, técnicos/especialistas, instituições governamentais e	Considera uma diversidade de atores, como instituições, organismos e pessoas, mas com papéis diferenciados para cada situação. Podem ser agentes de mudança, responsáveis pela instituição	Direcionado às comunidades (no relato de experiência incluiu pesquisas com gestores e técnicos, assim como fala da necessidade do apoio institucional de governos e de políticas de avaliação e

	ouros grupos de interesse.	da norma; formadores de opinião, colaboram para a transmissão da norma; e os demais membros da sociedade que internalizam as normas e passam a adotá-las. Os meios de comunicação são considerados formadores de opinião.	monitoramento).
Interatividade	Não tão explícita, mas pode ser um resultado a depender da estratégia de comunicação adotada. A interação multisetorial é mais explícita.	A interatividade é uma de suas características. É necessária a interatividade entre os vários atores das esferas para que as normas se propaguem.	Interatividade é considerada pela comunicação extensiva, o seu principal indicador.
Dialogia x transferencial	<p>Defende fortemente a necessidade de adaptação de intervenções de saúde aos contextos locais (contra “pacotes prontos”, fórmulas).</p> <p>A mudança necessita de uma relação colaborativa e de aprendizado contínuo entre todos os envolvidos.</p> <p>Ao mesmo tempo, apesar de defender o entendimento das</p>	Utiliza palavras como obediência e transmissão. Ao mesmo tempo em que fala de um processo coletivo de construção, com múltiplas interações entre esferas e atores, sem hierarquias, apresenta um modelo hierarquizado onde o papel desempenhado pelo ator é que define se ele constrói a norma ou apenas passa a obedecê-la. Confere a especialistas e	A dialogia e a construção coletiva são características presentes no modelo.

	<p>culturas locais, consideradas como fruto de uma relação entre prática, valores e recursos materiais e não materiais, aponta como desafio a mudança dessa cultura para melhores resultados em saúde.</p>	<p>formadores de opinião o papel de formuladores e transmissores de uma norma.</p> <p>É um modelo transferencial, mas cuja transferência passa por um processo de aceitação e identificação com as normas.</p>	
Flexibilidade	<p>Preconiza a flexibilidade em termos de escolha de teorias e de ações, adaptadas à realidade em que serão aplicadas.</p> <p>No entanto mantém a rigidez em relação ao cumprimento dos passos da metodologia.</p>	<p>Considera que as diferentes características das esferas existentes na sociedade tornam a análise das normas com um equilíbrio quase inexistente. Isso quer dizer que o surgimento e a consolidação das normas devem ser frequentemente revistos e reavaliado de acordo com as mudanças situacionais, que afetam as ações das esferas.</p> <p>Consideramos, desta forma, que há flexibilidade na forma como as normas surgem e podem se alterar, mas percebemos rigidez na produção de normas – do</p>	<p>Preconiza grande maleabilidade na produção, apropriação e ressignificação de conteúdos, nos preceitos da comunicação extensiva e do agir comunicativo.</p>

		especialista para os demais.	
Finalidade	Pressupõe a mudança de comportamento via ações que provoquem a mudança de percepção nas pessoas. Elas passam a entender e a crer no benefício das mudanças.. É um processo de escolha.	Pressupõe a adoção de um comportamento que seja mais benéfico via a obediência de uma norma. Não se aplica a crenças ou atitudes. Preconiza dar uma alternativa a comportamentos inadequados	“(...) aplicabilidade social dos conteúdos no cotidiano dos usuários do sistema, sejam eles ativos, passivos, participativos ou simbólicos, haja vista que o processo provém de todo para rodo o infinito, permitindo aos indivíduos, familiares e comunidades utilizarem seus conhecimentos basilares, sua cultura, sua experiência de vida social e política, por meio da atuação externa mobilizadora e retroalimentada nos princípios do agir comunicativo”. (MENDONÇA. 2007, P.38)
Como vê a comunicação	Comunicação como um processo amplo, de intervenção para a busca da resolução de um problema de saúde em um determinado contexto. Busca	Comunicação tem papel central no discurso. Considerada do ponto de vista dos meios de comunicação e da transmissão e circulação de	Um processo social e que possibilita infinita apropriação, circulação, construção e ressignificação de conhecimentos.

	ouvir, mais do que falar.	informações.	
--	---------------------------	--------------	--

Fonte: elaborado pela autora (2018).

A primeira categoria definida foi a **práxis**, entendida em nosso contexto como possibilidade de aplicação com base em teorias. Esta se constitui a essência do *P Process*. Já o modelo Ecosocial é explicativo, apresenta suas teorias de base, aponta os papéis dos atores nas esferas, mas não apresenta métodos, apenas dicas de ações para profissionais de saúde. Na mesma linha, o Todos-Todos traz relato de experiência, mas não métodos, aproximando-se mais de um modelo teórico.

A segunda categoria é **sustentabilidade**, ou seja, a preocupação com a durabilidade das intervenções. Todos eles preconizam a necessidade de programas mais longevos. A este respeito, o modelo Ecosocial afirma, ainda, ser longo o processo de definição de uma norma, necessitando de medida de tempo em anos, não em meses ou dias. Preconiza não só a sustentabilidade, mas a necessidade de adaptação às mudanças ocorridas nas esferas, com o passar do tempo.

Com relação ao **público envolvido**, o *P Process* apresenta características mais locais, voltadas para a intervenção territorial, mas sempre prezando o envolvimento de gestores, técnicos, instituições e demais parceiros, além do apoio institucional de governos. O modelo de comunicação Todos-Todos também trabalha com a ideia de comunidades, mas são comunidades formadas por sujeitos que coabitam o mesmo espaço virtual, motivados por projetos de inclusão digital e que criam espaços produtivos a partir do contexto social ao qual estão inseridos. Como a intenção aqui é identificar características mais gerais, entendemos, portanto, o público de maneira ampliada, considerando-o como comunidades virtuais que se associam por afinidades e, por meio dos conhecimentos produzidos, buscam promover ações externas mobilizadoras. O modelo Ecosocial aparenta maior abrangência e também considera uma diversidade de atores, como instituições, organismos e pessoas, levando em consideração os papéis por eles desempenhados e considerando os meios de comunicação como importantes formadores de opinião.

A **interatividade** é uma premissa fundamental tanto para o modelo Ecosocial, quanto para a comunicação Todos-Todos, sendo inclusive, considerada por Simeão, o principal indicador de uma comunicação extensiva. No *P Process* a interação multisetorial fica mais explícita do que a interatividade. No entanto, podemos

considerar que a interatividade pode ser um resultado a depender da estratégia de comunicação adotada.

A categoria que demandou análise mais minuciosa se refere ao **caráter dialógico versus o transferencial**. Dois modelos mostraram pontos de incongruência que nos obrigou a classificá-los como um meio termo entre a dialogia e a transferência. O *P Process* defende fortemente a necessidade de adaptação das intervenções de saúde aos contextos locais, considerando que a mudança necessita de uma relação colaborativa e de aprendizado contínuo entre lares, comunidades, governos, parceiros e técnicos envolvidos. Ao mesmo tempo em que preconiza essa relação dialógica e defende a compreensão das culturas locais, consideradas como fruto de uma relação entre práticas, valores e recursos materiais e não materiais, aponta como necessidade e desafio a mudança dessa cultura para obtenção de melhores resultados em saúde. Ou seja, valoriza-se a cultura, mas acha necessário mudá-la. O modelo Ecosocial, por sua vez, fala de um processo coletivo de construção, com múltiplas interações entre atores e esferas, sem hierarquias entre elas. Ao mesmo tempo, utiliza expressões como obediência e transmissão, demonstrando um caráter hierarquizado, onde o papel desempenhado pelo ator é que define se ele constrói a norma ou apenas irá obedecê-la. Confere a especialistas e formadores de opinião o papel de formuladores e transmissores de uma norma. Demonstra essa característica transferencial, mas, ao mesmo tempo, afirma que essa transferência se dá por um processo de aceitação e identificação com as normas pelos formadores de opinião, por exemplo. Diferentemente desse caráter ambíguo identificado nos modelos em questão, a comunicação Todo-Todos tem na dialogia um elemento fundamental para sua existência.

Todos os modelos enquadram-se na categoria **flexibilidade**, dentro de suas particularidades, como flexíveis. O *P Process* preconiza a flexibilidade em relação à escolha das teorias adequadas e das ações escolhidas conforme a realidade em que serão executadas. Mantém a rigidez apenas em relação ao cumprimento dos passos da metodologia. O modelo Ecosocial considera que as diferentes características das esferas existentes na sociedade, torna a análise das normas com um equilíbrio quase inexistente. Isso quer dizer que o surgimento e a consolidação das normas devem ser frequentemente revistos e reavaliados de acordo com as mudanças situacionais que

afetam as ações das esferas. Consideramos, portanto, que há flexibilidade na forma como as normas surgem e podem se alterar, mas mantemos nossa percepção de rigidez na escala hierarquizada (conforme mencionado na categoria dialogia x transferencial) na produção de normas – do especialista para os demais. O modelo Todos-Todos preconiza grande maleabilidade na produção, apropriação e ressignificação de conteúdos, nos preceitos da comunicação extensiva e do agir comunicativo.

Dentro da categoria **finalidade** percebeu-se que tanto o *P Process* quanto o modelo Eossocial possuem a mesma finalidade, que é a mudança de comportamento para atitudes mais saudáveis que tragam benefícios à saúde. Buscam também influenciar políticas públicas. A diferença é a forma como enxergam esta mudança. O *P process* pressupõe a mudança de comportamento via ações que provoquem a mudança de percepção individual (que terá por consequência impacto no coletivo), por meio da crença de que mudar certos hábitos ou atitudes será benéfico. O modelo Eossocial pressupõe a adoção de um comportamento via obediência a uma norma. Preconiza dar uma alternativa a comportamentos inadequados. Não se aplica a crenças ou atitudes. O modelo de comunicação Todos-Todos preconiza “a aplicabilidade social dos conteúdos no cotidiano dos usuários do sistema” (MENDONÇA, 2007, P. 87) de forma a permitir compartilhamento de conhecimentos, experiências de vida e cultura, num processo de produção infinito e ações externas mobilizadoras.

A última categoria se refere ao entendimento de **como o modelo enxerga a comunicação**. Para responder a esta pergunta, buscamos resumir em uma ideia central.

- *P Process*: Comunicação como um processo amplo, de intervenção para a busca da resolução de um problema de saúde em um determinado contexto. Busca ouvir, mais do que falar.

- Modelo Eossocial: Comunicação tem papel central no discurso e no estabelecimento de uma norma. É considerada do ponto de vista dos meios de comunicação, da transmissão e circulação de informações.

- Comunicação Todos-Todos: comunicação como processo contínuo de produção, circulação e ressignificação, onde todos são emissores e receptores.

6.2- ADICIONANDO PROMOÇÃO DA SAÚDE

Um segundo quadro comparativo (vide apêndice A) foi elaborado contendo, desta vez, categorias criadas com base nas características da promoção da saúde preconizadas por Buss (2009). Compararam-se estas com as características correlatas dos modelos e chegou-se a uma classificação: compatíveis com a promoção da saúde (características que estão explícitas no texto), não compatíveis com a promoção da saúde (não há nenhuma correlação no texto) ou compatíveis em termos (está implícito no texto).

A primeira categoria trata-se da **responsabilização múltipla (intersectorialidade), seja pelos problemas ou pelas ações propostas**. Isso envolve ações do Estado com políticas públicas saudáveis, dos indivíduos com o desenvolvimento de suas habilidades pessoais, do sistema de saúde com a reorientação do sistema e parcerias intersectoriais. Os três modelos foram classificados como compatíveis com a promoção da saúde neste quesito. O *P process* defende a mudança de um sistema hierárquico para um sistema de ação-aprendizado, com equipes que envolvam comunidades, lares, técnicos/especialistas, instituições governamentais e grupos de interesse. Os membros deste grupo deverão, conjuntamente, entender os valores, as práticas e as barreiras para o sistema de saúde e construir juntos um plano estratégico para superá-los. O modelo Ecosocial, por sua vez, considera os múltiplos atores dentro de diferentes esferas, as quais constituem múltiplas instituições, caracterizando a intersectorialidade. Já o modelo de comunicação Todos-Todos não aborda este tópico especificamente em sua descrição, mas a conclusão do relato de experiência onde o modelo é aplicado aborda a necessidade de investimento do Estado para dar suporte a projetos de alfabetização digital, assim como prover educação, recursos e políticas públicas. Trata ainda da necessidade de capacitação técnica e do papel de receptores, disseminadores e produtores de conteúdo do público envolvido (famílias, indivíduos e comunidades) para mobilização em torno de um tema.

Na categoria **valorização do conhecimento popular e a participação social consequente deste**, os três modelos foram considerados compatíveis. O *P Process* defende a necessidade de se levar em consideração os recursos não materiais que envolvem, entre outros, crenças, conhecimentos e habilidades. O modelo Ecosocial aborda a importância do papel da comunicação em saúde de sensibilização, e não

apenas de informação, que leve em consideração “as diferentes realidades das pessoas, das comunidades e das organizações” (RENAUD; BOUCHARD, 2015, p. 52). Se levarmos ainda em consideração o papel exercido pelos meios de comunicação dentro da abordagem pluralista e da ação comunicativa de Habermas, pode-se dizer que a participação social está contemplada, do ponto de vista teórico. O modelo de comunicação Todos-Todos aborda a questão da aplicação social dos conteúdos e da utilização dos conhecimentos, experiências, culturas pelos indivíduos, famílias e comunidades por meio de ações de mobilização externa. Além disso, valoriza a manutenção da identidade cultural, pois é a partir daí que os indivíduos enxergam seu mundo social. Em relação à participação social, considera que a convergência das mídias facilita a participação cidadã. Ainda, a partir de um processo hermenêutico, podemos considerar que a relação que se estabelece entre o mundo real, o mundo vivido e a construção de novos saberes, de certa forma, refere-se ao conhecimento popular, pois o conteúdo produzido é fruto de uma interpretação de realidade que varia de acordo com a historicidade do sujeito.

O reforço da ação comunitária, definido pelo autor como *empowerment*, que é o poder técnico e político das comunidades para estabelecer as prioridades, para tomar decisões e para definir e implementar estratégias para melhoria da saúde. Atuam sobre os determinantes sociais da saúde. Para isso é necessário “o acesso contínuo à informação e às oportunidades de aprendizagem sobre as questões de saúde por parte da população” (BUSS, 2000, p. 171). Acesso a recursos e capacitação para a liderança também são citados pelo autor. O *P Process* e a comunicação Todos-Todos foram considerados compatíveis, enquanto o modelo Ecosocial foi considerado compatível em termos. As razões da compatibilidade do modelo americano se dão pelo fato de defender que uma das formas de transformação daquilo que chamam de sistema produtivo de saúde, envolve dar voz àqueles que necessitam, a fim de torná-los aptos a resolverem seus próprios problemas. Dentro deste paradigma, propõe uma redefinição das evidências, com métricas simples e práticas que possam ser coletadas, analisadas, interpretadas pela própria comunidade e utilizadas em benefício de sua saúde. Defende, portanto, que a pesquisa e o aprendizado produzido por ela sejam trazidos para o nível dessas comunidades e lares. Além disso, a Universidade criadora deste modelo oferece anualmente cursos de liderança para atuação na comunicação em saúde e aplicação do *P Process*. A comunicação Todos-Todos, ao colocar a internet

como espaço de convergência, onde conhecimentos são apropriados, resignificados e colocados em circulação, cria oportunidades de aprendizado e formação de consciência cidadã e, como consequência, o empoderamento da comunidade. Defende ainda a aplicação social dos conteúdos e uma ação externa mobilizadora.

O modelo Ecosocial foi considerado compatível em termos pelos seguintes motivos: o surgimento da norma e a interação entre esferas indicam um processo participativo mais direta ou indiretamente nas questões da saúde. No entanto, a autora traz a questão de que, apesar de não se poder estabelecer uma hierarquia no campo da saúde, geralmente aquele que tem maior poder econômico tem maior poder de influência, o que gera desigualdade de influência entre as esferas. Consiste no atributo da norma o qual a autora denomina como assimetria. Considera, ainda, que a esfera midiática é uma das que ocupam o primeiro lugar na “arena pública da construção da norma”, no entanto o acesso das esferas a esta arena não é igual a depender do seu tamanho ou poder de influência, o que faz com que certas normas ressoem mais do que outras.

A categoria **desenvolvimento das habilidades e atitudes pessoais favoráveis à saúde em todas as etapas da vida** envolve a atuação de diversas instituições que devem se responsabilizar pela divulgação de informações sobre educação para a saúde, que deve ocorrer em diversos espaços como escolas, lares, no ambiente de trabalho e outros espaços coletivos. Além desse viés voltado para educação em saúde, trabalha com a noção de *empowerment* no campo individual, como um processo de aquisição de conhecimento (capacitação) e de consciência política pelos indivíduos. Dentro desta categoria todos os modelos foram considerados compatíveis. O *P Process* se embasa em teorias que propõem a mudança de todas as instituições no sistema produtivo de saúde e afirma que isso requer liderança. Dentre as atribuições do exercício da liderança está o ato de dar voz àqueles que necessitam, dando-lhes habilidades para solucionar seus próprios problemas. Defende, ainda, um processo de ação aprendizado que deve ocorrer em todos os níveis, resultante de uma relação horizontalizada entre lares, comunidades, governo, organizações e demais envolvidos. Preconiza a necessidade de ações que provoquem mudança de atitudes por meio da conscientização do indivíduo. Considera o indivíduo em seus lares como produtores primários da saúde. O modelo Ecosocial defende que as ações, sejam elas midiáticas

ou de proximidade, devem oferecer alternativas saudáveis para resolver “uma situação ou um comportamento inadequado e especificar as habilidades necessárias a serem desenvolvidas para melhorá-los” (RENAUD; BOUCHARD, 2015, p.70). A Comunicação Todos-Todos, por ser um processo desenvolvido para todos e transversal a vários espaços, provoca o desenvolvimento de capacidades tanto individuais como coletivas. Considera, entre seus preceitos, a educação inclusiva.

A equidade coloca o papel da promoção da saúde não apenas para identificar os fatores que favorecem as iniquidades e propor ações para combatê-las, mas também atuar para a transformação das atitudes e condutas da população e dos dirigentes. Neste quesito todos os modelos são compatíveis. O *P Process* e o Ecosocial são mais explícitos em relação a esta questão. Independentemente das teorias e metodologias que adotam, todos preconizam, em maior ou menor grau, mudanças ou reforço de atitudes e comportamentos que sejam mais favoráveis à saúde. O modelo de comunicação Todos-Todos não deixa tão explícito em seu texto a transformação das atitudes e condutas, mas caminha no mesmo sentido.

O *advocacy*, considerado por Buss (1999) como uma das principais funções da promoção, consiste na defesa da saúde. O autor vê os meios de comunicação como fundamentais para esta prática, de forma a ampliar pressões por transformações políticas. Os três modelos foram considerados compatíveis. Apesar de o *advocacy* estar mais voltado para as políticas públicas do que para comportamentos individuais, o *P Process*, em seu viés intersetorial, busca conjugar ações de diferentes setores em prol da saúde, o que pode envolver, entre outros, os meios de comunicação. Também preconiza diferentes consequências para suas ações, entre elas, políticas que resultem em melhorias para a saúde. O modelo Ecosocial, além da circulação e apropriação das normas pelas esferas em defesa da saúde (independentemente dos interesses envolvidos), também confere aos meios de comunicação importante papel de formadores de opinião. O modelo de comunicação Todos-Todos, permite o encontro virtual entre pessoas com interesses afins e a possibilidade de produção, circulação e apropriação de conteúdos que podem favorecer o fortalecimento de determinadas agendas no campo da saúde.

Outra categoria é a “**integralidade do entendimento dos problemas no processo saúde-doença-cuidado (...) e nas respostas propostas aos mesmos**”

(BUSS, 2009, p. 20). Entende que problemas com múltiplas determinações precisam de respostas com múltiplas estratégias, atores e medidas. O *P Process*, considerado compatível com a promoção, propõe, planejamentos personalizados para cada problema identificado, com atuação em múltiplos níveis. O modelo Eossocial não se propõe a discutir medidas para resoluções de problemas, mas dentro de uma perspectiva hermenêutica, podemos considerar que uma norma surge a partir de uma determinada necessidade de saúde e circula entre diferentes esferas, o que caracteriza também a atuação em múltiplos níveis. Issa a caracteriza como compatível em parte, assim como o Todos-Todos. O modelo Todos-Todos, apesar de não abordar a questão específica da natureza dos problemas e das ações para combatê-los, possui um caráter múltiplo. Ele tem como foco a inclusão digital, que leva à maior circulação de informações e produção de conhecimentos, conectando indivíduos dentro de um contexto social, criando identidades culturais, resultando em ações cidadãs e empoderando indivíduos e coletividades a agir em determinados contextos.

A **criação de ambientes favoráveis à saúde** considera o impacto que o meio ambiente exerce sobre a saúde, colocando o homem como agente central para o desenvolvimento sustentável. Considerados compatíveis com a promoção, o *P Process* e o modelo Eossocial levam em conta em suas fundamentações a influência de diversas variáveis sobre a saúde, entre elas, as ambientais. O modelo de comunicação Todos-Todos foi considerado como compatível em parte, pois não busca discutir as temáticas, mas sim o processo em si. No entanto, ele se insere numa realidade de hiperconectividade, reformulação da noção de espaço tempo e fluidez de informações e conhecimentos que são adaptáveis a qualquer ambiente e temática, o que pode vir a incluir a questão ambiental e o papel do homem neste quesito.

Em termos de **políticas públicas saudáveis**, que envolvem medidas fiscais, legislação, mudanças organizacionais ou taxações, o *P Process* foi considerado compatível. Ele considera, dentro do sistema produtivo de saúde, além dos lares, comunidades, e forças globais, a jurisdição do governo com implementação de políticas, leis e regulações, recolhimento de impostos e investimento em infraestrutura. O modelo Eossocial e o Todos-Todos foram considerados compatíveis em parte. O primeiro não explicita normas sociais como legislação ou medidas fiscais, mas o processo hermenêutico aqui proposto como metodologia, nos permite afirmar que a

partir do estudo de caso e dos exemplos dados pelas autoras, as políticas públicas estão contempladas. Já o modelo Todos-Todos, considerado compatível em parte, não aborda essa questão. Mas ao mencionar o papel do Estado para garantir o direito constitucional à saúde, nos leva a crer que para alcançar tal objetivo se faz necessária a implantação de políticas públicas.

6.3- PROMOÇÃO OU PREVENÇÃO: PARA ONDE TENDEM OS MODELOS?

O último quadro comparativo buscou encontrar uma tendência dos modelos à promoção ou prevenção, de acordo com o quadro de diferenças esquemáticas entre promoção e prevenção elaborado por Buss (2009). A intenção não é apontar o que é certo ou errado, pois ambos apresentam características diferentes, fazem parte e são importantes para o campo da saúde. Porém, como nosso foco é a promoção da saúde, considerou-se esta última comparação como uma forma de ratificar as conclusões do item 6.2 caso a maioria dos itens apresente maior compatibilidade com a promoção.

Fizemos uma adaptação ao quadro de Buss, incluindo os três modelos pesquisados abaixo das classificações “promoção” e/ou “prevenção”, de acordo com suas características afins, de forma que:

- PP = *P Process*
- EC = Modelo Ecosossial
- TT= Modelo de comunicação Todo-Todos

Quadro 3 - Quadro comparativo entre modelos e as diferenças esquemáticas entre promoção e prevenção preconizadas por Buss (2009).

Categorias	Promoção da saúde	Prevenção da saúde
Conceito de saúde	Positivo e multidimensional	Ausência de doença
	PP/ EC/TT	
Modelo de intervenção	Participativo	Médico
	PP/ EC/TT	
Alvo	Toda a população, no seu ambiente total	Principalmente os grupos de alto risco da população
	PP/ EC/TT	PP
Incumbência	Redes de temas de saúde	Patologia específica
	PP/ EC/TT	PP
Estratégias	Diversas e complementares	Geralmente única
	PP/ EC/TT	
Abordagens	Facilitação e capacitação	Direcionadoras e persuasivas

	PP/ EC/TT	PP/ EC
Direcionamento das medidas	Oferecidas à população	Impostas a grupos alvo
	PP/ EC/TT	
Objetivos dos programas	Mudanças na situação dos indivíduos e de seu ambiente	Focam principalmente em indivíduos e grupos de pessoas
	PP/ EC/TT	
Executores dos programas	Organizações não profissionais, movimentos sociais, governos locais, municipais, regionais e nacionais, etc	Profissionais da saúde
	PP/ EC/TT	PP/EC

Fonte: Buss (2009), adaptado pela autora (2018).

A partir da formulação do quadro acima exposto, foi possível perceber que os modelos possuem muitas características comuns à promoção da saúde, conforme constatamos na comparação anterior. Mas, notamos também, que alguns deles, em maior ou menor escala, possuem um hibridismo transitando tanto pela promoção, quanto pela prevenção.

Neste caso, consideramos o resultado como uma contribuição para a ratificação da importância de se conhecer o contexto e a natureza dos problemas para aplicação correta de modelos e estratégias de comunicação. A complexidade existente no campo da saúde, no sentido moriniano, muitas vezes irá excluir a dualidade e exigir o hibridismo de ações, o que nos leva a refletir a respeito de um conceito mais amplo de comunicação para a promoção da saúde. Isso não exclui sobremaneira a importância de se definir, se a necessidade é promotora da saúde ou preventiva. Mas as estratégias e ações previstas não podem ficar amarradas às características pertencentes a uma ou outra. Esta é uma das constatações a que chegamos.

Exemplificando o pensamento, o quadro de diferenças esquemáticas de Buss traz como alvo da promoção da saúde, a população total, em sua amplitude, enquanto a prevenção foca grupos de alto risco. Mas, ao considerarmos intervenções territoriais que tenham como foco a resolução de um problema específico de uma comunidade relacionado à promoção da saúde, então o alvo passa a ser um grupo determinado. O contrário também pode ocorrer em casos de prevenção, como o uso da camisinha, por exemplo, cujo alvo deve ser a população em geral. O enfrentamento do uso do tabaco e de seus derivados, elencado com um dos temas prioritários da PNPS, também é um

caso emblemático. De acordo com Buss, em relação ao direcionamento, as medidas promotoras são oferecidas à população, enquanto as preventivas são impostas a grupos alvo. No entanto, o fato de existir a lei federal 12.546, que proíbe o fumo em locais coletivos, indica que a promoção nem sempre oferece medidas, mas em alguns casos exige imposições normativas, o que nos remete a alguns preceitos encontrados no modelo ecossocial.

6.4- AMPLIANDO O PENSAMENTO

Buss (1999) separa a conceituação e prática da promoção da saúde em dois grandes grupos. Um deles consideraria o indivíduo como maior responsável por determinadas situações de saúde, focado nos riscos comportamentais, seus estilos de vida e de suas famílias, incluindo ainda fatores culturais e com vistas a transformar estes comportamentos. O segundo grupo, considerado pelo autor como a visão mais moderna, seria aquele que entende a saúde como resultante de uma combinação de vários fatores determinantes, indo além dos comportamentos individuais e com foco na qualidade de vida. No entanto, ao vincularmos a promoção da saúde à comunicação em saúde, dentro do olhar ampliado ao qual nos propomos, essa divisão deixa de existir, formando um grande grupo, um sistema constituído por várias partes entrelaçadas. Dessa forma, a comunicação para promover saúde deve considerar tanto os aspectos comportamentais, pois afinal, está-se lidando com seres humanos em seu todo e não apenas com suas partes, e levar em conta também os elementos que influenciamos determinantes de saúde.

Isso por dois motivos. Um deles refere-se às várias dimensões que os modelos estudados buscam abranger e influenciar, que vão desde o ambiente individual, e familiar, até o social, organizacional e político. Desta forma, tanto os comportamentos individuais quanto os determinantes sociais são contemplados.

O outro motivo tem a ver com um elemento encontrado nos três modelos que não é apontado como finalidade por todos ou pelo próprio campo da promoção da saúde e que, ainda, é estigmatizado por alguns autores da comunicação em saúde no Brasil, mas consideramos a questão central de todas as ações de comunicação para promoção da saúde: a mudança ou reforço de um comportamento, hábito ou atitude. Ao fim e a cabo, independentemente das teorias, metodologias e ações, todos eles

preconizam uma mudança de atitudes consciente, seja no nível individual, coletivo ou político, espontâneo ou impositivo, que levem à melhoria de uma situação de saúde. Além dos modelos, encontramos também em autoras do campo da comunicação, como Corcoran (2010) e Schiavo (2014), a defesa da mudança de comportamento aliada às questões relativas aos determinantes sociais da saúde. No campo da promoção, a declaração de Bogotá traz em seus princípios a conquista da equidade, cujo papel da promoção da saúde não é apenas identificar os fatores que favorecem as iniquidades e propor ações para seu combate, mas também atuar para a transformação das atitudes e conduta da população e dos dirigentes. (BUSS, 2000). A mesma declaração define como uma de suas estratégias “impulsionar a cultura da saúde, modificando valores, crenças, atitudes e relações” (DECLARAÇÃO DE SANTAFÉ DE BOGOTÁ, 1992). Buss (2009, p. 37) afirma, ainda, que a promoção da saúde “aponta para a transformação dos processos individuais de tomada de decisão para que sejam predominantemente favoráveis à qualidade de vida e à saúde (...)”.

Czeresnia (2000), assim como Buss (2000), divide a conceituação da saúde em dois grupos e defende a visão mais moderna que aparentemente aumenta a responsabilização do Estado e de outros campos e refuta os comportamentos individuais. No entanto, ao apresentar os vários determinantes que influenciam a saúde, refere-se a fatores psicológicos e físicos. Isso, em nosso entendimento, está intimamente relacionado com questões comportamentais. O que reforça mais uma vez a ideia de que o elemento comportamental está envolvido na promoção da saúde.

7. EXISTE RECEITA PARA UMA COMUNICAÇÃO PROMOTORA DA SAÚDE?

A partir do estudo dos modelos, agregando as revisões de literatura e a análise da PNPS, constatou-se que não há uma receita para a realização da comunicação para a promoção da saúde. Mas, apesar de ser um campo aberto a inúmeras possibilidades, identificou-se um conjunto de características que julgamos necessárias serem consideradas. Trazemos, portanto tais características, voltando-nos para sua aplicação na realidade brasileira.

Devemos considerar o fato de que a comunicação para promoção da saúde necessita de **planejamento**, não pode acontecer aleatoriamente, pois caso contrário, a **sustentabilidade** (no sentido de durabilidade) não é garantida. Além do planejamento, a sustentabilidade se dá pelo **envolvimento e capacitação de diversos atores**, principalmente pertencentes às comunidades/sociedades que sofrem intervenção, a fim de que tenham condições para dar continuidade às ações e estratégias. A preocupação com a sustentabilidade se dá pelo fato de que promover saúde consiste em um processo que necessita de **tempo** para planejamento, para implementação e para gerar resultados duradouros. O imediatismo certamente é inversamente proporcional à promoção da saúde, sendo mais eficiente em situações de emergência.

Além do planejamento, **a documentação** das experiências é necessária e urgente. A baixa produção brasileira encontrada nas bases de dados pesquisadas, revela que pouco se produz ou pouco se documenta. A documentação é uma forma de construção do conhecimento, provocando sua perpetuação e aprimoramentos futuros por parte de outros indivíduos atuando em outro tempo ou realidade.

Outra característica fundamental é **basear-se em teoria**, fator que se mostrou deficitário na prática da comunicação em saúde no Brasil. Ao mesmo tempo, teoria sem prática também não leva a resultados efetivos. As teorias não são um fim, mas um meio que norteia as decisões e ações planejadas, além de seu monitoramento e avaliação. Portanto, o ideal é a busca do equilíbrio, que se reflete nas práxis. E para se pensar em estratégias e teorias norteadoras, é necessário **identificar claramente o**

problema ou necessidade de saúde e as consequentes necessidades de comunicação.

A **intersetorialidade** é mais um elemento a ser considerado e, neste caso, devemos entendê-la tanto como a inter-relação entre diferentes campos do conhecimento, como o aproveitamento das diferentes competências e habilidades profissionais e individuais de todos os envolvidos. Além disso, é imprescindível o **nivelamento do entendimento** sobre dois conceitos entre os envolvidos: **comunicação em saúde**, em seu sentido ampliado, principalmente entre aqueles não pertencentes à área da comunicação que, conforme revisão de literatura, apresentam um olhar ainda instrumental sobre o tema. O outro conceito, a **promoção da saúde**, necessita ser reforçado entre os profissionais de comunicação, ainda tímidos e despreparados para atuação nesta área. Isso reforça a necessidade de **capacitação** das equipes.

Além da intersetorialidade, há que se considerar a formação de **redes**, sejam elas físicas ou virtuais. A atuação em rede fortalece e capilariza as ações e até mesmo as pressões por melhorias, mobiliza cidadãos em torno de um tema e multiplica conhecimentos. Além de todos estes benefícios, tem um papel crucial principalmente em países onde o investimento em saúde ainda é deficitário, como o Brasil, sendo uma forma de amenizar (não substituir) essa deficiência, por meio de ações colaborativas que necessitariam de recursos e, de outra forma, poderiam não se realizar. A atuação em redes pressupõe a **interatividade**.

Uma questão importante, defendida por Schiavo (2014) e que também constatamos a partir dessa pesquisa, é que não se pode esperar que mudanças em determinadas situações aconteçam espontaneamente. Isso leva à necessidade de se pensar em **gatilhos**, ou seja, fatores ou pessoas que influenciem o início do processo ou o alavanquem. Estes gatilhos podem ser, portanto, a atuação de mediadores (como encontrado no modelo de comunicação Todos-Todos); de influenciadores (os quais o modelo Ecosocial denomina de agentes de socialização) e que inclui tantos líderes comunitários, como os meios de comunicação; criação de espaços de discussão; capacitação; estabelecimento de normas, entre outros.

Até aqui, abordamos características mais práticas relacionadas à comunicação para promoção da saúde. No entanto, é preciso nos aprofundarmos nos elementos subjetivos que fazem da junção destes dois campos uma realidade complexa.

Um deles é a necessidade **da mudança de um hábito ou comportamento**. Como o assunto já foi mais minuciosamente explorado anteriormente, o que nos importa aqui é registrar a constatação de que para promover saúde é necessário mudar hábitos e atitudes. Entendemos como a melhor das situações, uma mudança consciente, baseada nos benefícios percebidos, de forma horizontal e participativa. No entanto, a depender dos interesses, condições desiguais de voz e poder ou pela própria necessidade que a situação de saúde impõe, a mudança pode ser mais verticalizada ou impositiva, exigindo medidas regulatórias. Malta et al (2016) afirmam a existência de evidências “de que medidas regulatórias podem ser efetivas para o enfrentamento das mortes e ferimentos no trânsito”, por exemplo. Mesmo nestes casos, cabe à comunicação, em atuação intersetorial, dar sustentabilidade a estas medidas por meio de um processo dialógico com a população e estratégias que transformem uma imposição em benefício percebido. De qualquer maneira, o respeito às **realidades e culturas** locais deve ser uma tentativa constante. E, para que isso seja feito da forma menos impositiva possível, encontramos duas soluções. Uma delas, já abordada, é o **envolvimento** dos grupos alvo na construção das estratégias e ações de promoção. O segundo, é o desenvolvimento de uma comunicação, seja ela interpessoal ou midiática, que não tente trabalhar apenas com a concretude dos fatos, mas que dê margens para **interpretação** de acordo com a cultura e vivência dos atores alvo. Morin, (2000), nos presenteia com a seguinte reflexão:

...importa não ser realista no sentido trivial (adaptar-se ao imediato,) nem irrealista no sentido trivial (subtrair-se às limitações da realidade); importa ser realista no sentido complexo: compreender a incerteza do real, saber que há algo possível ainda invisível no ar. (MORIN, 2000, p. 85)

O que foi acima apontado não significa colocar o indivíduo ou uma comunidade como únicos responsáveis pela sua condição de saúde. Para promover saúde e transformar uma realidade, a comunicação deve considerar, além da percepção do indivíduo sobre a necessidade de mudança de hábitos, os **determinantes sociais da saúde**, buscando agir sobre eles e influenciar políticas públicas saudáveis. E, para isso, além da formação de **parcerias e envolvimento de atores estratégicos**, a melhor

maneira é pensar a comunicação atrelada à ideia de **cidadania**. Uma sociedade democrática em que o conhecimento circule, com possibilidade de manifestação, bem informada, consciente de seus deveres e direitos, certamente terá melhores condições de reivindicar seus direitos e exigir mudanças nas ações do Estado.

Quando nos referimos a ações do Estado para promoção da saúde, devemos incluir, além de políticas públicas, as ações de comunicação. Isso significa dizer que os setores responsáveis pela comunicação presentes em órgãos e instituições públicas também devem ser **incorporados** de maneira estruturante no processo de promoção da saúde. Isso inclui autorizá-los a agir nessa frente, fazendo-os assumir seu papel estratégico inerente à comunicação pública, tomando-os parte responsável pela promoção, além de suprir necessidades básicas apontadas neste estudo como estruturar as equipes e capacitar os profissionais. Destacamos, ainda, a necessidade da formação de uma rede de atuação que aja em torno das prioridades estabelecidas pela Política Nacional de Promoção da Saúde, sem excluir a possibilidade de novas, mas de forma integrada e coordenada. Se temos uma política de Estado, ela deve nortear suas ações, mas em termos de comunicação, o Brasil ainda se mostra deficitário.

Após todas estas considerações, torna-se fundamental considerar, à luz do princípio da incerteza (MORIN, 2000), que ações quando entram num processo de intra-retro-ações do meio, podem escapar às mãos de seu autor, o que nos remete à comunicação extensiva, uma das teorias embasadoras do modelo Todos-todos. Aliado a isso, contextos mudam, conjunturas políticas mudam, sociedades evoluem e junto com elas seus pensamentos, além da possibilidade de ocorrência de imprevistos das mais variadas naturezas. Portanto, é impossível o controle de tudo e prever o alcance de todos os resultados esperados. O reconhecimento dessa possibilidade envolve um esforço ainda maior da comunicação em estar sempre aberta a novos olhares, teorias, práticas, construindo novos conhecimentos e buscando se adaptar às realidades que se impõem.

7.1 ENSAIO DE UMA PROPOSTA

Conforme constatamos, não há receita passível de abranger de forma única tema que envolve tamanha complexidade. Há ainda o fato de que planejamentos sofrem variações, mas em muito se assemelham. Portanto, buscamos neste item,

resgatar os melhores pensamentos e práticas oriundos desta pesquisa, assim como promover reflexões e contraposições que ajudem a pensar a comunicação para a promoção da saúde no âmbito do SUS.

A identificação das questões inerentes à comunicação e à promoção da saúde a partir dos modelos nesta pesquisa, tem como objetivo buscar novas perspectivas e até mesmo ratificar ou confrontar outras, mas sempre com foco no Sistema Único de Saúde. Paralelamente a isso, a revisão de literatura e a análise da comunicação dentro da perspectiva da PNPS forneceram um panorama de como essa temática tem sido pensada e desenvolvida no Brasil.

Ao lidarmos com o SUS, estamos falando de bem público, da responsabilidade do Estado sobre a saúde das pessoas, um direito constitucionalmente garantido. As iniciativas podem vir dos mais diversos setores, mas o Estado obrigatoriamente tem que prover a saúde da população. Isso envolve investimentos em saúde, educação, condições de moradia, entre outros determinantes.

Uma das responsabilidades de Estado na área da saúde é, entre outras, a promoção da saúde, que está consolidada em uma política, a PNPS. É preciso que a comunicação seja reconhecida pelos gestores e também se reconheça para além dos seus aspectos instrumentais e que se torne ator ativo no processo de promoção da saúde. Para isso, é necessário que ela se assuma como comunicação pública, com responsabilidades de Estado, não de governos, e que seja instrumento para ajudar a promover cidadania, permitindo que os cidadãos tomem decisões mais conscientes em relação à sua saúde e também cobrem os seus direitos. Se a comunicação em saúde se assume como comunicação pública, então, ela precisa assumir também sua responsabilidade em torno da promoção, uma vez que a comunicação está contemplada na política, inclusive com um caráter mais estratégico.

No entanto, atendendo a uma das nossas propostas de investigação, constatou-se que aquilo que foi considerado como comunicação para a promoção da saúde, com suas exceções, está restrito a campanhas pontuais e produção de materiais. Encontramos relatos de ações administrativas, estruturais, decisões relacionadas à gestão, que precisam compor o processo de promoção da saúde, mas poucos indícios de que estas viessem acompanhadas de ações de empoderamento, “(...) de produção de

consciência sanitária e o compromisso social e coletivo de todos os cidadãos” (MALTA et al, 2016, p. 1691), elementos que a comunicação e sua ação intersetorial com a educação, podem promover. Ainda em termos de comunicação, são poucos os indícios que apontem para o uso de teorias, planejamento, avaliação de resultados e, principalmente, não encontramos evidências de ações de comunicação coordenadas de promoção da saúde entre órgãos e instituições públicas, que sejam pautadas pela PNPS e nem de interação entre estes. Não há sequer uma política de comunicação para o SUS, cada instituição possui (ou não) a sua política. As estratégias não se conversam.

Neste aspecto, nossa primeira proposição é um realinhamento, uma reorganização das relações existentes entre os setores responsáveis pela comunicação em órgãos e instituições públicas de saúde, incluindo-se as universidades. É necessário um alinhamento de responsabilidades, nivelamento da compreensão a respeito da promoção de saúde, além de ações articuladas, com pactuação de prioridades, norteadas pela PNPS. É preciso, porém, observar que isso não pressupõe uma padronização de ações, porque há que se considerar a diversidade de contextos regionais. Pelo mesmo motivo, também não implica em investir apenas nos temas prioritários da Política, permitindo flexibilidade e adaptabilidade às necessidades da população. No entanto, é preciso um direcionamento coordenado, intercomunicável, em rede, com união de esforços, compartilhamento de estratégias, tecnologias *hard* e sociais e pactuação de temporalidade para estratégias que tratem da mesma temática, a fim de garantir a sustentabilidade de projetos, maior cobertura, apoio popular e provoque mudanças profundas e duradouras.

E, conforme preconizam os modelos estudados, a intersetorialidade e a ação em rede são fundamentais para que as responsabilidades não fiquem restritas aos profissionais de comunicação e nem apenas ao setor saúde, e mesmo ao setor público. É como uma teia, que se expande para todos os lados, onde alguns fios são mais centrais, outros mais distantes, captam diferentes tipos de insetos, mas todos estão interconectados e servem a um mesmo propósito, alimentar a aranha. Em nosso caso, o propósito é promover saúde.

Podemos dizer ainda que dificilmente ocorrerá promoção sem a participação e o engajamento popular, pois, tratando-se de promoção da saúde, fatores

comportamentais mostraram-se tão relevantes quanto as políticas públicas ou imposição de normas. Para complementar este pensamento, trazemos a seguinte reflexão: “Não basta determinar o horário de encerramento dos bares. Mas há que se dar condições para que as pessoas façam escolhas, não só a partir da proibição” (BRASIL, 2014, p. 19). Portanto, a comunicação que aqui defendemos envolve, sempre que possível, promover diálogo, dar ciência e consciência, para que os indivíduos possam fazer suas escolhas.

A busca é pela horizontalidade, mas a partir do que constatamos no próprio modelo ecossocial, o processo inicial pode ser verticalizado, advindo da autoridade que já tomou a decisão, iniciando, somente a partir daí, o processo participativo.

A partir da identificação da necessidade de mudança em uma determinada realidade de saúde e da decisão de fazê-lo, do estabelecimento das parcerias iniciais, propomos alguns elementos fundamentais que fazem parte do estágio de diagnóstico e definição de objetivos.

-Diagnóstico da situação de saúde. Inspirado no *P Process*, recomenda-se profundidade nesta busca, de forma a encontrar aquilo que o modelo considera a causa raiz (*root cause*), ou seja, a causa das causas. Não basta mapear a situação de saúde e entender as atitudes em torno dela, é preciso compreender o porquê dessa realidade. Isso envolve, para além de dados demográficos, mapeamento de valores, cultura e práticas. Agregamos a esta ação, a identificação do imaginário social a respeito daquela determinada situação de saúde, conforme relato de experiência que envolve estudos de percepção (VILLELA, 2013). Entender o imaginário coletivo pode fortalecer e enriquecer o diagnóstico, fornecendo mais subsídios para a elaboração de futuras estratégias.

- Mapeamento de influenciadores (sejam veículos de comunicação, instituições ou pessoas): Trata-se de uma contribuição das teorias comportamentais. Exercem os papéis de incentivadores, de agentes de socialização (como preconiza o modelo Ecossocial) e mediadores (criando elos entre os envolvidos, o que garante um processo mais participativo). Um papel importante que atribuímos aos influenciadores, e que não encontramos menção durante a pesquisa realizada, é o que definimos por agentes da contra informação. Na sociedade em que vivemos, cada vez mais interconectada

por meio das tecnologias da informação e comunicação, as quais ampliam a formação de redes e aceleram a interação entre elas, o fenômeno das *fake news* (notícias falsas) ganhou grande capilaridade, com potencial de geração de danos. Da forma como tem se espalhado, elas possuem capacidade real de influenciar decisões e atitudes, podendo causar prejuízos à saúde, tanto individual como coletiva. Portanto, a ideia é atribuir mais um papel aos influenciadores e, por meio de educação e comunicação, capacitá-los para que possam agir sobre seus grupos de influência de forma positiva, combatendo os possíveis efeitos maléficos das *fake news*.

Faz-se necessária uma breve pausa para problematização da temática das *fake news*, que representa um contraponto à coisificação de Miranda (2002), apontado no modelo de comunicação Todo-Todos. Ao mesmo passo que a capilaridade da produção, circulação e ressignificação de conteúdos proporcionada pelas TICs colaboram com a construção do conhecimento e sinaliza suas inúmeras possibilidades e infinitude, o fenômeno das *fake news* correspondem ao efeito perverso da coisificação. Por isso, a comunicação deve considerar e se preparar para as duas vertentes e não apenas os aspectos positivos deste processo.

Desenvolvemos uma classificação de influenciadores: os diretos e os indiretos. Os influenciadores diretos seriam aqueles com os quais os indivíduos se identificam, conscientemente representam um modelo a ser seguido, estabelecem um elo de confiança. Já os influenciadores indiretos seriam aqueles que não representam uma escolha do indivíduo, mas que acabam por influenciar suas opiniões de forma inconsciente. Os influenciadores diretos são mais fáceis de serem identificados e também de serem mobilizados em prol de determinada causa. Já os indiretos necessitam de uma investigação mais apurada, assim como de estratégias mais elaboradas para influenciá-los. Consideramos o mapa do mercado simbólico (ARAÚJO, 2006) uma opção para identificação deste tipo de influenciador.

É preciso ressaltar que o fato de afirmarmos a necessidade da participação de influenciadores no processo comunicacional, não exclui o processo multidirecional de circulação de informação e de discussões, uma vez que todos podem ser produtores e reprodutores de conteúdos.

- Buscar teorias que fundamentem e norteiem as estratégias e decisões a serem definidas. Consideramos que estas são mais fáceis de identificar a partir da finalização do diagnóstico, principalmente no que se refere às questões simbólicas como as relações de poder, os valores, culturas, imaginário coletivo, influenciadores, entre outros.

- Parcerias locais para maior mobilização e sustentabilidade. A palavra chave aqui é sedução.

O estágio de desenvolvimento de estratégias precisa considerar os papéis desempenhados pelos atores em seus círculos, sendo esta uma contribuição do modelo Ecosocial, para que as ações sejam desempenhadas no momento certo e nos ambientes certos e que criem as bases para sua sustentabilidade. Se estamos considerando o caráter intersocial e desenvolvido em rede da comunicação para promover saúde, devemos considerar também o papel desempenhado pelos profissionais de saúde, que estão na ponta, como médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde. Conforme achados da revisão de literatura, ainda há um entendimento limitado e instrumental do papel da comunicação em saúde por parte destes profissionais, prejudicando seus resultados junto a pacientes. Defendemos que, da mesma forma que os profissionais de comunicação devem ser melhor capacitados para a compreensão da promoção da saúde e seu papel neste processo, o mesmo deve ocorrer com os profissionais de saúde em relação à comunicação.

Entender papéis, em sentido mais amplo, implica ainda a capilaridade e, à luz do modelo Todos-Todos, é preciso explorar, sempre que o quadro real permita, as tecnologias de informação e comunicação como elementos de convergência, mobilização e transformação. Relembramos a importância de existirem nesses ambientes os mobilizadores/incentivadores, conforme nos relatou a metodologia SNAP (ROVNIAC et al, 2013), que serão os gatilhos, apontados por Schiavo (2014), a fim de manter as redes ativas.

Independentemente de os ambientes serem reais ou virtuais, o importante é tomar decisões estratégicas que levem a ações que promovam educação, informação e comunicação em busca da promoção da saúde. A complexidade exige, minimamente, a interdisciplinaridade e a busca deve ser pela transdisciplinaridade. Podemos dizer

que a combinação destes três elementos é uma forma de integralidade, capaz de promover um processo dialógico; dar maior autonomia aos sujeitos, tanto para fazer as suas escolhas, como para compreenderem seu papel e sua responsabilidade; e ampliar o *advocacy* e as discussões em torno de temas da saúde – o que pode levar a pressões por políticas públicas que ajam sobre os determinantes sociais de saúde.

A este respeito, enfatizamos nossa crença na comunicação como determinante social da saúde pelo seu papel de potencialização da participação, da produção, apropriação e circulação de conhecimentos, de promoção da cidadania, de formação de sujeitos mais conscientes, de espaço de debates, de criação de canais de expressão e de influenciadora de políticas públicas. Reforçamos este pensamento por meio do documento produzido no colóquio Comunicação como determinante social da saúde, que traz a comunicação como “transversal a todos os níveis de determinantes sociais de saúde (...) e o reconhecimento de sua dimensão estruturante e fundamental do processo de determinação social de saúde” (ARAÚJO, 2013). Propomo-nos a incluir no rol dos determinantes, assim como a comunicação, a informação, uma vez que a presença ou ausência dela é capaz de influenciar sobremaneira as decisões sobre saúde, agregando-se neste contexto as *fake news*, uma vez que há evidências que elas têm contribuído para afetar as condições de saúde pública do país. Como exemplo podemos citar o caso do não atingimento da meta de cobertura vacinal brasileira contra a febre amarela, situação influenciada pelas *fake news*, conforme apontado pela dirigente da Organização Mundial de Saúde (OMS), Laurence Cibrelus (COSTA, 2018). Assim, como afetam as taxas de vacinação, afetam também hábitos relacionados à promoção da saúde. Esta pesquisa não se propõe a teorizar o fenômeno das *fake news*, mas decidimos agregar este tópico à discussão por considerar o papel central da comunicação em seu combate.

Dando continuidade às considerações mais importantes para os estágios de desenvolvimento da comunicação para a promoção da saúde, as ações a serem desenvolvidas, assim como recomendado para todo o processo comunicacional, devem ser dialógicas, participativas e interativas. Construções coletivas provocam maior envolvimento e engajamento dos atores. Com inspiração no *P Process*, recomendamos ainda o pré-teste de tudo aquilo que for possível antes da aplicação das ações, de

forma a corrigir possíveis erros e evitar desgaste tanto de recursos materiais quanto humanos.

Monitoramento, avaliação e registro são fundamentais para dar ciência dos resultados, analisar se foram satisfatórios, agregar conhecimentos e contribuir para futuras pesquisas ou desenvolvimento de projetos. Nestes quesitos, conforme verificamos anteriormente, o Brasil ainda precisa evoluir bastante.

Buscamos aqui, trazer contribuições para aspectos teóricos e práticos os quais consideramos mais relevantes e que devem constar no pensamento e no planejamento de comunicação com vistas à promoção da saúde.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pudemos constatar durante a pesquisa, que a maioria das ações de comunicação documentadas e que visaram à promoção da saúde no Brasil, foram desenvolvidas dentro de uma lógica preventivista. Apesar de verificamos no item 6.3, o fato de nem sempre podermos engessar certas características como sendo exclusivas da promoção ou da prevenção, consideraremos que o caráter preventivista diz respeito a alguns elementos como temporalidade, sendo mais pontuais e passageiros, não visando a sustentabilidade dos projetos e mais focados na questão médico biológica.

Isso se explica por alguns motivos, como a não compreensão da complexidade da promoção da saúde por parte dos profissionais de comunicação. Além disso, estes profissionais, assim como os gestores, também não enxergam a potencialidade da comunicação para contribuir com a promoção da saúde. Isso gera, como consequência, uma escassez de investimentos tanto em recursos financeiros, como em recursos humanos. Da mesma forma, grande parte dos profissionais de saúde que se aventuram pelo campo da comunicação com vistas a promover saúde, limita sua atuação no nível instrumental da comunicação – necessário, mas não suficiente.

O cenário nos mostrou ainda indícios de que, apesar da existência de uma política de promoção da saúde no país, onde a comunicação é contemplada, esta ainda se faz tímida, de forma desarticulada e sem macro diretrizes. Conforme já afirmamos anteriormente, a comunicação em saúde e a promoção são campos abertos que exigem uma atuação intersetorial para se sustentarem sugerindo, portanto, que a iniciativa pode vir de qualquer setor. No entanto, o Estado não tem a prerrogativa de querer prover saúde à população, ele tem o dever constitucional, e isso engloba a promoção da saúde, a qual deve englobar, por sua vez, a comunicação. Portanto, os setores responsáveis pela comunicação nos órgãos e instituições públicos, principalmente na área da saúde, precisam assumir este papel da comunicação como estratégica para a promoção da saúde, com o apoio de seus gestores e ocupar uma posição que vá além do instrumental e das ações de comunicação institucional.

Uma das recomendações que fazemos, para futuros trabalhos, é a reorganização das estruturas de comunicação dos órgãos e instituições públicos, a fim de estabelecimento de prioridades e articulação de ações, segundo temas prioritários estabelecidos pela PNPS, mas ao mesmo tempo abrindo possibilidades a novos temas, conforme as novas necessidades que venham a surgir. Não nos aprofundamos no tema, uma vez que não consiste em objeto deste trabalho, mas não poderíamos nos omitir diante os achados da pesquisa.

O panorama brasileiro encontrado nos levou à reflexão de que os campos da comunicação e da promoção da saúde são bastante afins, mas precisam solidificar sua relação. A literatura encontrada a respeito da inter-relação entre estes dois temas foi baixa e demonstrou situações de não compreensão sobre ela, de entendimento teórico, mas uma prática insuficiente ou, ainda, de práticas sem base teóricas. Isso reflete aquilo que já apontamos: ações pontuais, muitas vezes de caráter campanhista, não articuladas e que não alcançam a sustentabilidade e as mudanças estruturais necessárias.

Diante disso, os modelos aqui estudados ampliam olhares ou agregaram novos ao conhecimento produzido no Brasil. Estudá-los separadamente foi tarefa necessária para entender sua mecânica, mas a busca pelos resultados finais sempre foi no sentido de agregar o que melhor extraímos deles, tanto em suas teorias quanto em suas práticas, além de relacioná-los à promoção da saúde e a outros conhecimentos produzidos em nosso país e no exterior. E tudo isso visando a busca de melhores práticas de comunicação para promoção da saúde no SUS. Seguimos, portanto, a linha do pensamento sistêmico, da complexidade, ainda perseguindo a utópica (ou não) da transdisciplinaridade.

Resgatando o que nos propusemos nesta pesquisa, chegamos à conclusão que os três modelos estudados, *P Process*, *Ecosocial* e *Todo-Todos*, são compatíveis com a promoção da saúde. Mesmo não tendo sido pensados exatamente para este fim, grande parte de suas características convergem para aquilo que preconiza a promoção da saúde. Portanto, um dos resultados deste trabalho é apresentar estes modelos como possibilidade para o desenvolvimento da comunicação para a promoção da saúde no Brasil.

As principais contribuições que estes modelos trazem são suas teorias embasadoras, que nos ajudam a compreender melhor o processo comunicacional e seu pensamento voltado tanto para as características individuais, quanto coletivas. Eles buscam analisar diversos contextos, como sociais políticos e econômicos, para compreender aspectos comportamentais, as relações que se estabelecem, juntamente à consideração dos fatores determinantes da saúde. Além do mais, o *P Process* nos permite o contato com um modelo de planejamento em passos, sólido e bem estruturado, intersetorial e que combina aspectos subjetivos e objetivos ao mesmo tempo. O modelo Ecosocial auxilia na visualização da circulação de uma norma, o que, a nosso ver, nos ajuda também a refletir em como interferir neste processo ao realizarmos um planejamento, a fim de atingir os objetivos desejados. O papel social dado às Tic's pelo modelo de Comunicação Todo-Todos reflete seu caráter democrático e agregador, o torna transversal a qualquer estratégia de comunicação e nos remete, ainda, à reflexão sobre infinitude do conhecimento e suas inúmeras possibilidades de transformação.

Os estudos dos modelos também nos ajudaram a constatar que, ao contrário do que preconiza a promoção da saúde, não é necessário segregar grupos de efeitos: um que preconiza os efeitos sobre os comportamentos individuais e outro que preconiza o agir sobre os determinantes sociais da saúde. Neste caso, não só chegamos à conclusão que a comunicação para promoção da saúde deve considerar agir sobre estas duas vertentes ao mesmo tempo, como ela própria deve ser considerada um determinante social da saúde.

Constatamos que não há fórmulas para a comunicação em saúde, principalmente tratando-se de um país como o Brasil, com imensas diversidades regionais. Mas há que se considerar que intervir numa situação de saúde consiste em resolução de um problema, que tem como consequência a alteração de uma realidade e, no caso da promoção, defendemos a mudança de hábitos e atitudes, combinada a investimentos em políticas públicas. No entanto, este processo não é simples, uma vez que há que se considerar toda a complexidade que envolve o campo da comunicação em saúde e o da promoção da saúde, além de problemas estruturais como equipes, recursos, vontade política, etc.

Propomo-nos ir um pouco além da comparação dos modelos à promoção da saúde, identificando aquelas que consideramos as principais características objetivas e subjetivas resultantes da integração entre estes dois campos e norteadoras para a comunicação promotora da saúde. Agregamos ao longo deste estudo reflexões a serem consideradas ao se pensar na comunicação para a promoção da saúde no SUS, como já mencionada necessidade de reorganização da comunicação e sua reorientação para a PNPS, a comunicação como determinante social da saúde, a influência do fenômeno das *fake news* e a importância da identificação e do papel dos influenciadores, independentemente de qualquer teoria utilizada. No entanto, por não serem objeto deste trabalho, estas questões não foram aprofundadas, recomendando-se estudos posteriores.

De forma geral, este estudo consiste em um primeiro passo para um futuro desenvolvimento de um modelo de comunicação para a promoção da saúde no âmbito do SUS.

9. REFERÊNCIAS

ALDAY J. et al. Smoke-free São Paulo: a campaign: evaluation and the case of sustained mass media investment. *salud pública de México* 2010 fev; vol. 52. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-571814>>. Acesso em: 10 abr 2018.

ALVES, A. et al. O SUS precisa de uma política de comunicação. [vídeo produzido pelos alunos da disciplina Informação e Comunicação em Saúde, do mestrado em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências da Saúde da UnB]. Brasília, UnB, 2014.

ARAÚJO, I.S.; CARDOSO J.M. Comunicação e Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

ARAÚJO, I. Mercado simbólico: um modelo de comunicação para políticas públicas. *Interface Comunic., Saúde, Educ.*, v.8, n.14, p.165-177, set .2003-fev.2004.

ARAÚJO, I. Políticas Públicas de Comunicação e Saúde- matrizes e agendas. [Apresentação no Curso de Atualização em Comunicação em Saúde: Fundamentos, práticas, agendas e desafios da Fundação Oswaldo Cruz em Brasília; set 2013; Brasília; Brasil]

ARAÚJO I. Polifonia, concorrência discursiva e produção dos sentidos. O método do mapa do mercado simbólico. *UNirevista - Vol. 1, n° 3*: (julho 2006). Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/492>>. Acesso EM: 27 fev 2018.

ARAÚJO, I.S.; CARDOSO, J.M.; MURTINHO, R. A Comunicação no Sistema Único de Saúde: cenários e tendências. *Revista Latinoamericana de Ciencias de la Comunicación*. Ano 6, n. 10 (1.o sem. 2009). ALAIC, São Paulo, p. 104-115.

BARROS, A.T.; JUNQUEIRA, R.D. A elaboração do projeto de pesquisa. In: DUARTE, J. BARROS, A. (org). *Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação*. São Paulo: Atlas, 2015.

BELTRÁN, L.M. Salud pública y comunicación socail. *Chasqui* 51, p. 33 – 37, (jul 1995). Disponível em: <<http://chasqui.ciespal.org/index.php/chasqui/article/view/2260>>. Acesso em: 2 mar 2018.

BERTALANFFY, L.V. Teoria geral dos sistemas. 6ª ed. Petrópolis:Vozes, 2012.

BERTOL, S.R.S. Comunicação da saúde: surgimento e consolidação da especialidade. In: 3º Congresso Internacional de Comunicación em Salud; 2017 out 19-20 ; Madrid, Espanha Disponível em: < <https://www.youtube.com/watch?v=eYIbLfIiVo>>. Acesso em: 2 mar 2018.

BERTRAND, J.T.; MERRIT, A.P.; SAFFITZ, G. Health communication – A catalyst to behavior change. In: Parker R, Sommer M. *Routledge handbook of public health* . London and New York: Routledge; 2010. P. 313- 324.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Informação, Educação e Comunicação – IEC: Informação, Educação e Comunicação: uma Estratégia para o SUS. Brasília: Ministério da Saúde. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde, Projeto Nordeste, Assessoria de Comunicação Social. Informação Educação e Comunicação: uma estratégia para o SUS. Brasília, DF, 1986. Disponível em < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd08_11.pdf>. Acesso em 28 mai. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. VIII Conferência Nacional de Saúde - Relatório final. Brasília, DF, 1986. Disponível em:< http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf> Acesso em 17 abr. 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Guia Alimentar para a População Brasileira. 2 ed, 1 reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRANDÃO, E; Duarte D; Matos E; Pierre Z. Algumas abordagens em Comunicação Pública. In: Matins L (org). Comunicação Pública. Brasília: Casa das Musas, 2003.

BUSS, P.M. Promoção e educação em saúde no âmbito da Escola de Governo em Saúde na Escola Nacional de Saúde Pública. Cad. Saúde Pública 1999;15 suppl.2 . Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000600018>. Acesso em: 11 mar 2016.

BUSS, P.M. Promoção da saúde e qualidade de vida. Ciência & Saúde Coletiva, 5(1):163-177, 2000.

BUSS, P.M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In Czeresina D, Freitas CM. Promoção da Saúde – conceitos, reflexões, tendências. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. P. 19-41.

CADAXA, A.; SOUSA, M.F.; MENDONÇA, A.V.M. Conteúdos promotores da saúde em campanhas de Aids no Facebook dos ministérios da saúde do Brasil e do Peru. Ver Panam Salud Publica vol. 38 n. 6 Whashington Nov./Dec. 2015. Disponível em:<http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892015001100004&lang=pt>. Acesso em 3 fev 2018>. Acesso em: 3 fev 2017.

CASTRO, M.C.S. A literatura de cordel como instrumento didático-pedagógico na educação, motivação e promoção da saúde bucal. *Ciência Plural* 2015, 1 (1); 40 – 49. Disponível em: < <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/7322/5499>>, Acesso em: 6 abr 2018.

CARMO R.D; SOUSA M.F; MENDONÇA, A.V.M. As Campanhas da Voz no percurso da Informação, Educação e Comunicação em Saúde - uma (re)visão reflexiva. *Tempus, actas de saúde colet*, Brasília, 8(3), 19-32, set, 2014.

CANESQUI, A.M. Produção científica das ciências sociais e humanas em saúde e alguns significados. *Saude soc.* [Internet]. 2012 Mar [cited 2018 Feb 01] ; 21(1): 15-23.. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000100003&lng=en. Acesso em: 24 fev 2018.

CORIOLO- MARINUS, M.W.L. et al. Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa de literatura. *Saúde Soc.* São Paulo, v.23, n.4, p.1356-1369, 2014.

COSTA, M.T. Fake News tiveram influência na vacinação contra febre amarela no Brasil, diz chefe da OMS. *Globonew*, Genebra, maio, 2018. Disponível em < <https://g1.globo.com/bemestar/noticia/fake-news-tiveram-influencia-na-vacinacao-contra-a-febre-amarela-no-brasil-diz-chefe-da-oms.ghtml>>. Acesso em 10 maio 2018.

CONTRANDRIOPOULOS AP. La salud entre las ciencias de la vida e las ciencias sociales. *Cuadernos medicos sociales* 1999; 77: 19 – 33.

CORCORAN N. (org). Comunicação em saúde: estratégias para promoção da Saúde. São Paulo: Roca, 2010.

CZERESNIA D, FREITAS CM. Promoção da Saúde – conceitos, reflexões, tendências. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

Declaração de Santafé de Bogotá. In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE. 1994, Santafé de Bogotá, Colômbia;

DIÓGENES, K.C.B.M.; NATION, M. “Prismas da percepção”: múltiplas leituras das campanhas em saúde no Nordeste brasileiro. *Cad. Saúde Pública* 2011 dez; 27(12):2469-2473. Disponível em <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-610727>. Acesso em 10 abr 2018.

DORNELAS, R.; GIANNINI, S.P.P.; FERREIRA, L.P. Dia Mundial da Voz em notícia: análise sobre as reportagens da Campanha da Voz no Brasil. *CoDAS* 2015;27(5):492-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2317-17822015000500492&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em 6 abr 2018.

DUARTE, J, VERASL L, organizadores. **Glossário de Comunicação Pública**. Brasília: Casa das Musas, 2006.

FERREIRA, A.S.F. Análise dos processos de comunicação nas práticas dos agentes comunitários de saúde no Distrito Federal. Dissertação (mestrado) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, 2012.

FIGUEROA et al. Communication for social change: an integrated model for measuring the process and its outcomes. New York: The Rockefeller Foundation; 2002.

FLEURY, S.; OUVENEY, A.M. Política de saúde: uma política social. In: Giovanella L, Escorel S; Lobato L. Noronha V. Carvalho A (org). Políticas e sistema de saúde no Brasil. 1st ed. Rio de Janeiro: 2008.

FREITAS, I.; MORIN, E.; NICOLESCU, B. Cartas da transdisciplinaridade. In: CONGRESSO MUNDIAL DE TRANSDISCIPLINARIDADE, 1, 1994, Portugal. Carta, anexo A, Portugal, 2-6 nov 1994;

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. – 4 ed – São Paulo: Atlas, 2002;

GUEDES, E.N. Espaço Público contemporâneo: pluralidades de vozes e interesses. BOCC 2002. Disponível em: <<http://www.bocc.ubi.pt/pag/guedes-ellida-espaco-publico-contemporaneo.pdf>>. Acesso em: 29 mar 2018.

GUITIERREZ, G.L.; ALMEIDA, MA.B. Teoria da Ação Comunicativa (Habermas): estruturas, funcionamentos e aplicações do modelo. Veritas, V.58, n. 1, jan/abr 2013, p. 151 – 173

HABERMAS, J. Dialética e Hermenêutica: Para a crítica da hermenêutica de Gadamer. Porto Alegre: L&PM, 1987.

HABERMAS, J. Teoria de la acción comunicativa, I: Racionalidad de la acción y racionalización social. Madrid: Santillana de Ediciones, S.A, 1999.

HEALTH COMMUNICATION PARTNERSHIP. The new P Process. Steps in Strategic Communication. Baltimore: Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health / Center for Communication Programs / HealthCommunication Partnership; 2003.. Disponível em: <http://www.who.int/immunization/hpv/communicate/the_new_p_process_jhuccp_2003.pdf>. Acesso em: 20 mar 2018.

HEALTH COMPASS. The P Process. Disponível em: <<https://www.thehealthcompass.org/sbcc-tools/p-process>>. Acesso em: 20 mar 2018.

HEALTH COMMUNICATION CAPACITY COLLABORATIVE. The P Process. Five steps to Strategic Communication. Baltimore: Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health / Center for Communication Programs; 2013. Disponível em: <https://www.thehealthcompass.org/sites/default/files/strengthening_tools/P%20Process%20Brochure.pdf>. Acesso em: 20 mar 2018.

HEALTH COMMUNICATION CAPACITY COLLABORATIVE – HC3. Why social and behavior change communication? 2009. Disponível em: <<https://healthcommcapacity.org/about/why-social-and-behavior-change-communication>>. Acesso em: 22 mai 2017.

KAUFMAN, M.R. AIDS Impact/SESIDA Special Issue: Using Social and Behavior Change Communication to Increase HIV Testing and Condom Use: The Malawi BRIDGE Project. *AIDS Care*. 2014 ; 26(0 1).

KINKAID, L. et al. Closing the gaps in practice and in theory. Evaluation of the scrutinize HIV campaign in South Africa. In: RICE, R.E.; ATKIN, C.K. Sage Knowledge, 2013.

LOPES, L.E.; BORBA, P.L.O.; MONZELI, G.A. Expressão livre de jovens por meio do Fanzine: recurso para a terapia ocupacional social. *Saude soc*. 2013 jul/set; vol.22 (3). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000300027&lang=pt>. Acesso em 10 abr 2018.

LOZARE, B.V.; STOREY, D.; BALLEY, M. Leadership in strategic health communication. Baltimore, 2011. (apostila apresentada no curso Leadership in strategic health communication, ministrado pela Boomerberg School Public Health Center for Communication Programs – Johns Hopkins University EM JUL 2014).

MALTA, D.C. et al. A implementação das prioridades da Política Nacional de Promoção da Saúde, um balanço, 2006 – 2014. *Ciênc. saúde coletiva* 19 (11) Nov 2014;

MALTA, D.C et al. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulo de uma caminhada ainda em construção. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(6):1683-1694, 2016.

MENDEZ, F. *Transdiscipline and research in health: Science, society and decision making*. *Colombia Médica* - Vol. 46 N°3 2015 (Jul-Sep). Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-95342015000300007&script=sci_arttext&tlng=en>. Acesso em: 27 fev 2018.

MENDONÇA, A.V.M. A Integração de Redes Sociais e Tecnológicas: Análise do Processo de Comunicação para Inclusão Digital. Brasília, 2007. Tese(Doutorado em Ciência da Informação), Departamento de Ciência da Informação e Documentação, Programa de Pós-graduação em Ciência da Informação - Universidade de Brasília – UnB, 2007.

MENDONÇA, A.V.M. O processo de comunicação Todos-Todos e a produção de conteúdos: desafios à gestão do conhecimento. In: MOYA, J.; SANTOS, E.; MENDONÇA, A.V.M. (org). *Gestão do Conhecimento em Saúde no Brasil: avanços e perspectivas*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2009, p. 18 – 23.

MIRANDA, A. A ciência da informação e a teoria do conhecimento objetivo. In Aquino MA. *O campo da ciência da informação: gênese, concepções e especificidade*. João Pessoa: Editora Universitária/UFPB, 2002, p. 9-24.

MIÈGE, B. O espaço público: perpetuado, ampliado e fragmentado *Novos olhares* 2004; (14); 4-11.

MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento*. São Paulo: Hucitec, 2014.

MORIN, E. A cabeça bem feita: repensar a reforma, reformar o pensamento. 20ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2012.

MORIN, E. Os sete saberes necessários à educação do futuro. 2ed. Brasília, DF: Unesco, 2000.

MORIN, E. Introdução ao pensamento complexo. . 5ed. Porto Alegre: Sulina, 2015.

OLIVEIRA-COSTA, M.S. et al. Promoção da saúde da mulher brasileira e a alimentação saudável: vozes e discursos evidenciados pela Folha de S. Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2016 21(6):1957-1964. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csc/2016.v21n6/1957-1964>>. Acesso em: 6 abr 2018.

OBSERVATÓRIO DO DIREITO À COMUNICAÇÃO. Direito à comunicação. *Intervozes*. Disponível em: http://www.intervozes.org.br/direitoacomunicacao/?page_id=28545. Acesso em: 1 jun 2018.

PAIM, J.S. O que é o SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PITTA, A.R. Por uma política pública de comunicação em saúde. *Saúde e sociedade* 11(1): 85-93, 2002.

PAGLIUCA, L.M.F et al. Literatura de cordel: veículo de comunicação e educação em saúde. *Texto contexto - enferm.* 2007 Out/dec; 16 (4).Disponível em : <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000400010&lang=pt>. Acesso em: 10 abr 2018.

POPPER, K.R. Conhecimento objetivo: uma abordagem revolucionária. Belo Horizonte: Editora Itatiaia, 1999.

RANGEL-S, M.L.; LAMEGO, G.; GOMES, A.L.C. Alimentação saudável: acesso à informação via mapas de navegação na internet. *Physis* 2012; .22 (3). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000300005&lang=pt>. Acesso em: 10 abr 2018.

RANGEL-S, M.L.; GUIMARÃES, J.M.M.; BELENS, A.J. Comunicação e saúde: aproximação do estado da arte da produção científica no campo da saúde. In: PAIM, J.S.; FILHO, N.A. *Saúde coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: MedBook, 2014.

RENAUD, L.; BOUCHARD, M.C. A construção das normas de saúde: modelos, estudos de caso e dicas de ação para os agentes envolvidos (texto traduzido para o português). In: MENDONÇA, V.M.; SOUSA, M.F. (org). *Saúde, cultura e sociedade: reflexões sobre informação, educação e comunicação para a promoção da saúde*. Brasília: Ed UnB, p. 43-74, 2015).

RIMAL, R.N.; LAPINSKY, M.K. Why health communication is important in public health. WHO [internet] 2009. Disponível em: < <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/4/08-056713/en/>>. Acesso em: 10 jun. 2015.

ROMAR, A.A.C. Estudo descritivo da área de comunicação: estrutura e principais cenários das Secretarias Estaduais de Saúde. Dissertação (mestrado) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, 2014.

ROVNIAK, L.S. et al. Engineering on line and in-person social networks to sustain physical activity: application of a conceptual model. *BMC Public Health* 2013, 13:753.

SCHIAVO, R. Health Communication, from theory to practice. 2 ed. São Francisco, CA: Jossey Bass, 2014.

SEVERO S.B.; SEMINOTTI, N. Integralidade e transdisciplinaridade em equipes multiprofissionais em saúde coletiva. *Ciência & saúde coletiva*, 15 (Supl. 1): 1685-1698,210.

SIMEÃO, E.; MIRANDA, A. Comunicação extensiva e a linguagem plástica dos documentos em rede. In: RODRIGUES, G.M.; LOPES, I. L. (Orgs.). Organização e representação do conhecimento na perspectiva da Ciência da Informação. Brasília: Thesaurus, 2003. p. 179-209.

STOREY D. et al. What is health communication and how does it affect the HIV/Aids continuum of care? A brief primer and case study from *New York City*. PubMed, 2014 Ago. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25007193>>. [Acesso em 05 jun 2015].

STOREY, D.; FIGUEROA, M.E. Toward a Global Theory of Health Behavior and Social Change. In OBREGON, R.; WAISBORD, S. The handbook of Global Health Communication. Wiley-Blackwell: USA, 2012. P. 70-94.

Stuart A, Novelli ALR, Faria AM, Peluzzo CMK, Brandão EP, Bucci E et al. In: Duarte J (org). Comunicação Pública: Estado, Mercado, Sociedade e Interesse Público. São Paulo: Atlas, 2012.

TORRES, M.M. O campo da comunicação e saúde no Brasil. Mapeamento dos espaços de discussão e reflexão acadêmica. Dissertação (mestrado). Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT), Fundação Oswaldo Cruz, 2012.

VASCONCELOS, M.S. Comunicação e saúde em jogo: os videogames como estratégia de promoção da saúde. Rio de Janeiro. Tese (doutorado). Programa de Pós-Graduação do Instituto de Informação, Comunicação e Saúde (Icict), Fundação Oswaldo Cruz, 2013.

VASCONCELOS, W.R.M.; OLIVEIRA-COSTA, M.S.; MENDONÇA, A.V.M. Promoção ou prevenção? Análise das estratégias de comunicação do Ministério da Saúde no Brasil de 2006 a 2013. *RECIIS – Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde*. 2016 abr.-jun.; 10(2).

VILLELA, E.F.M.; ALMEIRA, M.A. Representações Sociais Sobre Dengue: reflexões sobre a mediação da informação em Saúde Pública. *Saúde Soc*. São Paulo,

v.22, n.1, p.124-137, 2013. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902013000100012&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 24 fev 2018.

ZANCAN, L. et al. Dispositivos de comunicação para a promoção da saúde: reflexões metodológicas a partir do processo de compartilhamento da Maleta de Trabalho “Reconhecendo Manguinhos”.Interface 2014; 18 Supl 2:1313-1326. Disponível em: < <https://www.scielo.org/pdf/icse/2014.v18suppl2/1313-1326/pt>>. Acesso em: 6 abr 2018.

ZÉMOR, P. La Communication Publique. PUF, Col. Que sais-je ? Paris, 1995.

APÊNDICE A – QUADRO COMPARATIVO DOS MODELOS E SUA INTERFACE COM A PROMOÇÃO DA SAÚDE

Esta tabela traz em sua primeira coluna as principais características da promoção da saúde identificadas em Buss (2000, 2009) e busca nos modelos estudados, elementos que convirjam com estas características.

Como critério de classificação estabeleceu-se:

Sim = está explícito no texto

Em parte = está implícito no texto

Não = não há nenhuma correlação no texto

	P process	Modelo Ecosocial	Todos todos
<p>Responsabilização múltipla: promoção da saúde como estratégia resultante de ações combinadas do Estado, da comunidade, dos indivíduos, do Sistema de saúde e parcerias intersetoriais.</p>	<p>Defende a mudança de um sistema hierárquico para um sistema de ação aprendizado com equipes que envolvam comunidades, lares, técnicos/especialistas, instituições governamentais e grupos de interesse. Os membros deste grupo deverão, conjuntamente, entender os valores, as práticas e as barreiras para o sistema de saúde e construir juntos um plano estratégico para superá-los.</p> <p>Compatível com a promoção da</p>	<p>Considera os múltiplos atores envolvidos no ciclo de vida da norma (pessoas, organismos, instituições), o papel desempenhado por eles e as relações que se estabelecem entre diferentes esferas e dentro de a mesma esfera.</p> <p>Afirma que, no caso específico da norma de saúde, ela é fruto da atuação de várias esferas como a comunicação, a educação, a família, entre outros.</p>	<p>Fala sobre a parceria entre Estado e famílias, em que o primeiro provê as condições econômicas e sociais para garantir o direito constitucional à saúde e as famílias, por sua vez, cumprem sua parte no cuidar permanente de sua própria saúde.</p> <p>Não trata especificamente no modelo, mas no relato de experiência demonstra a necessidade de investimento do Estado,</p>

	<p>saúde?</p> <p>(x) sim () não () em parte</p>	<p>Compatível com a promoção da saúde?</p> <p>(x) sim () não () em parte</p>	<p>para dar estrutura a projetos de alfabetização digital, o que envolve educação, provisão de alguns recursos e políticas públicas, assim como inclui também a responsabilização de técnicos e o público envolvido (indivíduos, famílias, comunidades) como produtores e mobilizadores</p> <p>Compatível com a promoção da saúde?</p> <p>(x) sim () não () em parte</p>
<p>Valorização do conhecimento popular e a participação social consequente deste</p>	<p>Considera a importância dos recursos não materiais que envolvem, entre outros, crenças, conhecimentos e habilidades.,</p> <p>Compatível com a promoção da saúde?</p> <p>(x) sim () não () em parte</p>	<p>Importância da comunicação em saúde na sensibilização, que leve em consideração “as diferentes realidades das pessoas, das comunidades e das organizações” (RENAUD, BOURCHARD, 2015, p. 52).</p> <p>Papel dos meios de comunicação dentro da</p>	<p>Aplicação social dos conteúdos e da utilização pelos indivíduos, famílias ou comunidades de seus conhecimentos, experiências, cultura, entre outros, por meio de ação externa mobilizadora.</p> <p>Manutenção dos valores relativos à identidade cultural. – entendimento de seu mundo</p>

		<p>abordagem pluralista e da ação comunicativa de Habermas</p> <p>Compatível com a promoção da saúde?</p> <p>(x) sim () não () em parte</p>	<p>social.</p> <p>Convergência das mídias facilita a participação cidadã.</p> <p>Conhecimento como fruto da historicidade</p> <p>Compatível com a promoção da saúde?</p> <p>(x) sim () não () em parte</p>
<p>Reforço da ação comunitária</p> <p><i>(empowerment)</i></p>	<p>Preconiza dar voz àqueles que necessitam a fim de torná-los aptos a resolverem seus próprios problemas.</p> <p>Sugere redefinir evidências, por meio de métricas simples e práticas que possam ser coletadas, analisadas e interpretadas pela própria comunidade e utilizadas em benefício de sua saúde.</p> <p>Treinamento de lideranças.</p> <p>Compatível com a promoção da saúde?</p>	<p>O surgimento da norma e a interação entre esferas indicam um processo participativo mais direta ou indiretamente nas questões da saúde. No entanto,</p> <p>Considera que a esfera midiática é uma das que ocupam primeiro lugar na arena pública na construção da norma e o acesso à ela não é igual para todas as esferas. Devido ao tamanho ou à influência mais discreta da esfera que os veicula, normas podem ter menor ressonância e maior</p>	<p>Internet como espaço de convergência e produção, circulação e ressignificação de conhecimento: aprendizado e formação de consciência cidadã.</p> <p>Compatível com a promoção da saúde?</p> <p>(x) sim () não () em parte</p>

	(x) sim () não () em parte	dificuldade de estabelecimento. Compatível com a promoção da saúde? () sim () não (x) em parte	
Desenvolvimento das habilidades e atitudes pessoais favoráveis à saúde em todas as etapas da vida	<p>Propõe a mudança de todas as instituições no sistema produtivo de saúde e afirma que isso requer liderança. Dentre as atribuições do exercício da liderança está o ato de dar voz àqueles que necessitam, dando-lhes habilidade para solucionar seus próprios problemas.</p> <p>Defende um processo de ação aprendido que deve ocorrer em todos os níveis, resultantes de uma relação horizontalizada entre lares, comunidades, governo, organizações e demais envolvidos.</p> <p>Defende a necessidade de ações que provoquem mudança de atitudes por meio da conscientização do indivíduo.</p> <p>Compatível com a promoção da saúde?</p>	<p>Defende que as ações, sejam elas midiáticas ou de proximidade, devem oferecer alternativas saudáveis para resolver “uma situação ou um comportamento inadequado e especificar as habilidades necessárias a serem desenvolvidas para melhorá-los” (RENAUD; BOUCHARD, P.70)</p> <p>Compatível com a promoção da saúde?</p> <p>(x) sim () não () em parte</p>	<p>Afirma ser um processo desenvolvido para todos e transversal a vários espaços o que permite desenvolvimento de habilidades tanto pessoais como coletivas.</p> <p>Preconiza educação inclusiva</p> <p>Compatível com a promoção da saúde?</p> <p>(x) sim () não () em parte</p>

	(x) sim () não () em parte		
Equidade: combater iniquidades, além de transformar atitudes e condutas	Compatível com a promoção da saúde? (x) sim () não () em parte	Compatível com a promoção da saúde? (x) sim () não () em parte	Compatível com a promoção da saúde? (x) sim () não () em parte
Advocacy defesa da saúde.	Intersetorialidade: conjuga ações de diferentes setores na defesa da saúde, o que pode envolver, entre outros, os meios de comunicação. Preconiza diferentes consequências para a saúde, entre elas, políticas que resultem em melhorias para a saúde Compatível com a promoção da saúde? (x) sim () não () em parte	Além da circulação e apropriação das normas pelas esferas em defesa da saúde (independentemente dos interesses envolvidos), também conferem aos meios de comunicação importante papel de formadores de opinião. Compatível com a promoção da saúde? (x) sim () não () em parte	O encontro virtual entre pessoas com interesses afins e a possibilidade de produção, circulação e apropriação de conteúdos pode favorecer o fortalecimento de determinadas agendas no campo da saúde. Compatível com a promoção da saúde? (x) sim () não () em parte
Integralidade no “entendimento dos problemas no processo saúde-doença-cuidado (...) e nas respostas propostas aos mesmos” (BSUS, 2009,p. 20): significa dizer que problemas com	Considera o conceito ampliado de saúde e propõe planejamentos personalizados para cada problema identificado, com atuação em múltiplos níveis. Compatível com a promoção da	Entendimento da saúde em seu conceito ampliado e isso a caracteriza como compatível. No entanto, não se propõe a discutir resoluções de problemas, atendo-se mais ao processo de surgimento e	Como processo não aborda a questão específica da natureza dos problemas e das ações, mas tem como foco a inclusão digital, que leva à maior circulação de informações e produção de conhecimentos,

<p>múltiplas determinações precisam de respostas com múltiplas estratégias, atores e medidas.</p>	<p>saúde? <input checked="" type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> em parte</p>	<p>circulação de uma norma. Dentro de uma prática hermenêutica, podemos considerar que uma norma surge a partir de uma determinada necessidade de saúde e circula entre diferentes esferas, o que caracteriza os múltiplos níveis. Compatível com a promoção da saúde? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input checked="" type="checkbox"/> em parte</p>	<p>conectando indivíduos dentro de um contexto social, criando uma identidade cultural, resultando em ações cidadãs e empoderando indivíduos e coletividades.. Compatível com a promoção da saúde? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input checked="" type="checkbox"/> em parte</p>
<p>Criação de ambientes favoráveis à saúde: considera o impacto que o meio ambiente tem sobre a saúde, colocando o homem como agente central para o desenvolvimento sustentável.</p>	<p>Considera diversas variáveis que podem impactar na saúde. Compatível com a promoção da saúde? <input checked="" type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> em parte</p>	<p>Como se baseia no modelo ecológico tem como uma de suas fundamentações a influência de vários fatores sobre a saúde, entre eles, as variáveis ambientais Compatível com a promoção da saúde? <input checked="" type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> em parte</p>	<p>O modelo busca discutir o processo e não as temáticas. No entanto, ele se insere numa realidade de hiperconectividade, reformulação da noção de espaço tempo e fluidez de informações e conhecimentos, adaptáveis a qualquer ambiente e temática. Compatível com a promoção da saúde?</p>

			() sim () não (x) em parte .
<p>Políticas públicas saudáveis</p> <p>“...legislação, medidas fiscais, taxações e mudanças organizacionais, entre outras, e por ações coordenadas que apontam para a equidade em saúde, distribuição mais equitativa de renda e políticas sociais”.¹</p>	<p>Dentre os componentes do Sistema produtivo de saúde, além dos lares, comunidades e forças globais externas, considera a jurisdição do governo com implementação de políticas, leis, regulações, recolhimento de impostos, investimento em infraestrutura, fomentando pesquisas, entre outros.</p> <p>Portanto, podemos considerar que há um entendimento sobre a necessidade da participação governamental por meio de ações que subsidiem melhorias e investimentos na saúde.</p> <p>Compatível com a promoção da saúde?</p> <p>(x) sim () não () em parte</p>	<p>Em termos conceituais, não se identificou explicitamente as normas sociais como legislação, medidas fiscais ou mudanças organizacionais. Mas o processo hermenêutico aqui proposto como metodologia nos permite afirmar que em alguns exemplos mencionados e no estudo de caso apresentado pela autora, é possível identificar a tendência a se levar em consideração essa questão a fim de criar condições para a implantação de determinadas normas.</p> <p>Compatível com a promoção da saúde?</p> <p>() sim () não (x) em parte</p>	<p>Não aborda diretamente a questão, mas ao mencionar o papel do Estado para garantir o direito constitucional à saúde, nos leva a crer que para alcançar tal objetivo é necessária a implantação de políticas públicas.</p> <p>Compatível com a promoção da saúde?</p> <p>() sim () não (x) em parte</p>

Referência

1. BUSS, P.M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In Czeresnia D, Freita CM. Promoção da Saúde – conceitos, reflexões, tendências. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. P. 19-41
2. BUSS, P.M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1):163-177, 2000
3. RENAUD, L.; BOUCHARD, M.C. A construção das normas de saúde: modelos, estudos de caso e dicas de ação para os agentes envolvidos (texto traduzido para o português). In: MENDONÇA, V.M.; SOUSA, M.F. (org). Saúde, cultura e sociedade: reflexões sobre informação, educação e comunicação para a promoção da saúde. Brasília: Ed UnB, p. 43-74, 2015).

APÊNDICE B – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DE ARTIGO À REVISTA SAÚDE E SOCIEDADE (USP)

Saúde e Sociedade - Manuscript ID SAUSOC-2018-0579



científico x



Secretaria Saúdesoc <onbehalf@manuscriptcentral.com>

para mim, mim, valeriamendonca ▾

20-Jun-2018

Prezado(a) Ms. Santos:

Seu artigo intitulado "Promoção da saúde ou saúde em promoção?

A comunicação e a Política Nacional de Promoção da Saúde

Health promotion or promotion of health ?

Communication and the National Health Promotion Policy" foi enviado com sucesso e aguarda avaliação na Saúde e Sociedade.

Sua manuscript ID é:



Por favor mencione sua ID em quaisquer futuras correspondências para facilitar a identificação.

O status do seu manuscrito também pode ser verificado a qualquer momento no seu Author Center após fazer login em <https://mc04.manuscriptcentral.com/sausoc-scielo>.

Agradecemos a submissão.

Cordialmente,

Saúde e Sociedade Editorial Office