



## Produção de Sentidos sobre Comunicação nos Serviços de Saúde Meaning Making on Communication in Health Care Services

Adriana Cavalcanti de Aguiar<sup>1</sup>  
Patrícia Estrella Liporace Barcelos<sup>2</sup>

### Resumo

O trabalho em saúde abrange diversas dimensões da comunicação, em variadas modalidades de interação, envolvendo sujeitos, motivações, necessidades e interesses, em distintos circuitos, ainda analisados predominantemente a partir do modelo unidirecional de difusão de informação. No contexto de mudanças sociais globais, impactadas pela ambiência da midiatização, políticas públicas brasileiras vêm adotando uma concepção ampliada de saúde, reconhecendo a determinação social das doenças. A participação social compõe a base jurídico-normativa do direito à saúde, impulsionando novas práticas comunicacionais em serviços públicos de saúde e na formação profissional. Novas mediações ensejam mudanças nos sentidos sobre saúde-doença na cultura, formatando demandas por produtos e serviços, porém, as dimensões comunicacionais nas práticas de saúde ainda são insuficientemente estudadas.

Realizamos uma busca bibliográfica na base SciELO (Scientific Electronic Library Online) com as palavras-chave Comunicação AND Serviços de Saúde, identificando seis núcleos de sentidos para comunicação, em publicações de 2000 a 2018. Destacamos aqui três deles, pela centralidade das interações e possibilidades de produção de novos sentidos: comunicação e informação como direito à saúde; comunicação e educação em saúde, e comunicação e uso de tecnologias de informação e comunicação (TICs) na promoção e atenção à saúde. Dinâmicas comunicacionais aparecem associadas ao estímulo à autonomia e “empoderamento” dos usuários. A comunicação dialógica é idealizada e coexiste com certa neutralidade da informação científica. Diferentes formas de apropriação e uso de tecnologias comunicacionais nas práticas de saúde, que não devem ser consideradas interativas *a priori*, podem contribuir para mudanças na relação serviços-comunidades. Dimensões éticas são consideradas na análise, identificando reedições de antigas formas de disseminação de normas de comportamento. Diante das ameaças ao Sistema Único de Saúde, a análise da comunicação interpessoal e organizacional, no atual contexto sociocultural, é componente de fortalecimento de políticas públicas de saúde.

**Palavras-chave:** Comunicação e saúde, direito à saúde, produção de sentidos, tecnologias de comunicação e informação, midiatização.

### Abstract

Health practices encompass several dimensions of communication, in a variety of interactions, involving subjects, motivations, needs and interests, in different circuits. Those are still analyzed based on the dissemination of information adopting an unidirectional model. In the context of global social changes, impacted by the ambience of mediatization, Brazilian public policies have attempted to implement a broad concept of health, one that acknowledges the social determination of disease. Community

<sup>1</sup> Pesquisadora, Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde – Fundação Oswaldo Cruz. E-mail: [adriana.aguiar@post.harvard.edu](mailto:adriana.aguiar@post.harvard.edu).

<sup>2</sup> Doutoranda, Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde – Fundação Oswaldo Cruz. E-mail: [pbarcelos04@gmail.com](mailto:pbarcelos04@gmail.com)



participation integrates the legal-normative grounds of health as a right, pushing new communicational practices in health services and professional training. New mediations give rise to new meanings about health-illness within the culture, and also fostering new demands for products and services. Nevertheless, the communicational dimensions in health practices are still understudied.

We performed a bibliographic search in the SciELO (Scientific Electronic Library Online) with the keywords Communication AND Health Services, identifying six senses of meaning for communication, in publications from 2000 to 2018. We highlight three here due to their importance to interactions and for their consequences to the production of new meanings: communication and information as a right to health, communication and health education, and communication and use of information and communication technologies (ICTs) in health promotion and health care. Communicational dynamics are associated with the encouragement of autonomy and “empowerment” of users. Dialogic communication is idealized and coexists with the supposed neutrality of scientific information. Different forms of appropriation and use of communication technologies in health practices should not be considered interactive at face value, although they might enhance changes in the relationship between services and communities. Ethical issues are considered in the analysis, identifying reediting of old dissemination norms of behavior. In the context of threats to the Unified Health System, the analysis of interpersonal and organizational communication offers support to public health policies.

**Keywords:** Communication and health, Right to health, Production of meaning, Communication and information technologies, Mediatization.

## INTRODUÇÃO

Em suas rotinas de trabalho, profissionais de saúde estão envolvidos com diversas dimensões da comunicação, que englobam sujeitos e instituições, em diferentes contextos de prática. Apesar do crescente reconhecimento da importância da comunicação na área de saúde, este não vem sendo acompanhado de profundidade analítica sobre as práticas comunicacionais que permeiam a atenção à saúde.

A prática clínica típica, fortemente pautada no cuidado individual e curativo, assenta-se no conhecimento biomédico, que conta com bastante legitimidade social, mas secundariza os sentidos atribuídos pelos “pacientes” aos fenômenos da saúde-doença (FAIRCLOUGH, 2001). Necessárias mudanças nas práticas, fortalecidas por novos currículos para cursos de saúde, podem reorientar o trabalho para a compreensão das nuances da interpretação do paciente/usuário e como tais nuances impactam o desenrolar das interações e a chamada “adesão” às condutas prescritas. Essa é a seara do chamado Modelo Biopsicosocial (ENGEL, 1977), que agrega conhecimentos das ciências humanas e sociais, valorizando variáveis de contexto sócioeconômico e cultural e reforçando os benéficos do trabalho em equipe (PEDUZZI 2001, 2007).



Um modelo assim, mais complexo e abrangente, obteve avanços no Brasil. A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990, e políticas subsequentes, vêm questionando o modelo assistencial baseado na atenção à “queixa principal”, formulada pelos doentes individualmente. Com a transição demográfica, populações envelhecidas apresentam quadros de patologias crônicas, ensejando negociações de sentido entre prestadores de serviços e usuários, na busca de uma convergência que permita estabelecer condutas a serem seguidas no médio e longo prazo, frequentemente implicando em mudanças de hábito e alteração do estilo de vida. Em paralelo, a inclusão de enormes contingentes populacionais na atenção à saúde (mediada principalmente pela ampliação do acesso de Atenção Primária à Saúde - APS) demanda que o adoecimento seja concebido nos seus múltiplos contextos de análise.

A interface entre saúde e educação foi reforçada em políticas como a Política Nacional de Humanização (PNH) e a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), bem como pelas diretrizes curriculares para cursos da área de saúde (BRASIL, 2004, 2006, 2014; AGUIAR et al. 2017). Políticas públicas que adotam uma “concepção ampliada de saúde” (HUBER et al. 2011; CZERESNIA, D, MACIEL, E.M.G.S, OVIEDO, R.A.M., 2013) e incorporam a determinação social do processo saúde-doença (BARATA, 2009), buscam fomentar a inclusão social, a participação popular, o acesso e a descentralização da prestação de serviços, potencialmente promovendo a produção e compartilhamento de novos sentidos para saúde-doença. Em alguns contextos, ocorreram avanços na direção de uma comunicação que valoriza os usuários como sujeitos partícipes no planejamento e avaliação de ações de prevenção e promoção. Como exemplo, são frequentes e variados os trabalhos de grupos, no ambiente comunitário, facilitados por expressivo contingente de trabalhadores de saúde que fortalecem pontes entre comunidades e instituições de saúde.

No entanto, ainda que práticas em saúde na rede do SUS sem tornem mais permeáveis aos aspectos socioculturais do processo saúde-doença, ainda prevalece “um domínio conceitual fragmentado, por vezes reduzido à dimensão mecanicista ou instrumental do processo comunicativo” (DONATO & GOMES, 2010, 38). A interface entre saúde e comunicação se mostra insuficientemente teorizada, sendo a comunicação frequentemente compreendida como transmissão de informação, o que privilegia a voz do emissor e as mensagens que produz, buscando modificar condutas da população “receptora” (ARAÚJO, 2004; ARAÚJO & CARDOSO, 2007). O desafio atual é



conceber os usuários-cidadãos como sujeitos da comunicação, “passando da condição de ouvintes para a de interlocutores” (ARAÚJO & OLIVEIRA, 2012, p.5).

Propostas de transformação nas mediações entre serviços de saúde e comunidades aparecem no Relatório Final da 11ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 2000), indicando que “a saúde demanda e deve orientar-se por uma política que incorpore o saber popular no seu processo de planejamento e gestão das atividades de informação e comunicação” (BRASIL, 2000, p. 30).<sup>3</sup> Politicamente, a comunicação e a saúde se articulam também com os campos da Informação e da Ciência e Tecnologia, emergindo a noção do direito à informação como componente do direito à saúde. Segundo a Política Nacional de Informática e Saúde (2016), “a produção da informação em saúde deve abarcar a totalidade das ações de controle e participação social, coletiva e individual, das ações da atenção à saúde e das ações de gestão” (p. 13). Além disso, “a democratização da informação em saúde [é entendida] como um dever das instâncias pública e privada de saúde” (BRASIL, 2016, p.13). Assim, a(o) cidadã(o) tem direito aos elementos de informação relativos à própria situação, com “confidencialidade, sigilo e privacidade da informação de saúde pessoal” (BRASIL, 2016, p.13). A democratização, portanto, é associada à difusão de informação, onde a construção de um sistema de saúde universal, integral e equânime prevê o compartilhamento de poder sobre conhecimento (GADELHA, 2014).

Com dispositivos tecnológicos cada vez mais acessíveis são rompidas fronteiras anteriormente demarcadas entre comunidades, organizações e pessoas. Popularizada, a tecnologia promove transformações na denominada sociedade da informação (CASTELLS & CARDOSO, 2006). Na saúde, o uso de Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs) facilita interações entre profissionais e está associado ao acesso à saúde, especialmente em regiões remotas (GADELHA, 2014). Instituições de saúde usam mídias sociais para dinamizar o fluxo de dados e a tomada de decisão e para ampliar os canais de comunicação com usuários (PINTO&ROCHA,2016). No entanto, nem sempre aproveitam o potencial interativo dos ambientes virtuais (SCROFERNEKER, FALAVIGNA & SILVA, 2015), reiterando uma tendência

---

<sup>3</sup> O relatório também contextualiza o tema da comunicação na diversidade sociocultural brasileira: “A sociedade brasileira e suas representações em âmbito nacional, regional e local, com suas particularidades é, portanto, o ponto de partida dos processos de interlocução institucional [...] [o que] envolve o reconhecimento da pluralidade, do dissenso, dos conflitos, inerentes a democracia (BRASIL, 2000, p. 31-2).



difusionista, sem maior investimento no diálogo (BARCELOS&AGUIAR, 2019)<sup>4</sup>. Assim, TICs são apregoadas como carreadores de inovação, instantaneidade, interatividade (BARCELOS, LIMA, AGUIAR, 2020), mas seu estudo em geral subestima que a magnitude de novos usos interfere e modifica práticas sociais (SACRAMENTO, 2017).

As relações dos indivíduos com instituições tradicionais, produtoras de sociabilidade (família, escola, trabalho), são fortemente impactadas pela chamada mediatização, espécie de mutação sociocultural centrada no funcionamento onipresente das tecnologias de comunicação (SODRÉ, 2006, 2011, 2014; COLDRY, 2008, 2014). As mediações produzidas no âmbito da tecnocultura já impactam as práticas comunicacionais na saúde, na busca de informação na internet, nas narrativas de comunidades de usuários em redes sociais, no uso de aplicativos de saúde em dispositivos móveis, entre outros (SACRAMENTO, 2017). Os sentidos da comunicação como “agir em comum”, “deixar agir o comum”, e “vínculo”, desejáveis para a produção de interações terapêuticas, por sua vez, são pouco destacados na literatura (SODRÉ, 2014, p.9).

Nossa perspectiva em favor da construção compartilhada de sentidos no trabalho em saúde visa a superar a noção de “coisa comunicada”, favorecida no enfoque analítico instrumental (SODRÉ, 2014, p.10/11). No contexto societário de crescente virtualização, a apropriação instrumental da noção de vínculo é coerente com a visão de comunicação como técnica.

No presente artigo, buscamos apresentar abordagens que expressam sentidos diversos de comunicação, nas interfaces entre saúde, educação, informação e tecnologias. Priorizamos publicações sobre práticas de saúde, interpretando-as em suas “condições de produção”, considerando a ambiência da mediatização, mas atentas aos contextos de produção de serviços públicos brasileiros.

## MÉTODO

Para compreender as práticas em saúde nos cenários do SUS, em publicação anterior propusemos uma sistematização da comunicação referida na literatura

---

<sup>4</sup> Em trabalho anterior, investigamos o uso de dispositivos tecnológicos por serviços públicos de saúde no Rio de Janeiro, observando que podem atender a diversos objetivos e interesses, em canais de comunicação oficiais ou não (BARCELOS, LIMA, AGUIAR, 2020). Em âmbito internacional, experiências de utilização de ferramentas digitais para a criação de indicadores de saúde, avaliação das instituições e monitoramento da comunicação e informação nas instituições de saúde vêm sendo construídas em Observatórios de Saúde Pública (PINTO&ROCHA,2016).



especializada (BARCELOS, NEVES, AGUIAR, 2018). Investigamos a prevalência ou recorrência de abordagens com base na análise temática de conteúdo (BARDIN, 1977), identificando seis núcleos de sentido principais. Para o presente trabalho atualizamos a busca em agosto de 2019, utilizando a SciELO (Scientific Electronic Library Online), de acesso livre, utilizando os descritores “comunicação AND serviços de saúde” considerando o período de 2000 a 2018. Foram encontradas 864 referências, sendo excluídos artigos repetidos ou que não enfocavam serviços de saúde brasileiros. Na verificação de título, resumo e palavras-chave, foram selecionados para etapa subsequente artigos que continham as palavras “comunicação”, “informação” ou derivados (comunicar, comunicado, informar, informe, etc.), além de “escuta”, “diálogo”, “conversação”, “discurso”, “sentidos”, “educação”, “mídia” e derivados. Foram excluídos artigos em que os termos relacionados constam apenas no nome do periódico (e.g. Revista “Interface Comunicação, Saúde e Educação”), os que tratam da formação profissional, e aqueles sobre comunicação científica ou que apenas nomeavam recursos metodológicos (como análise conversacional ou de discurso). Alguns artigos foram alocados em mais de uma categoria analítica.

## **RESULTADOS**

Destacamos aqui três núcleos de sentido, que aparecem em 49 artigos, pela centralidade das interações e possibilidades de ensinar de novos sentidos nas práticas de saúde: comunicação com o usuário e direito à informação (presente em 36 artigos); comunicação com o usuário e educação em saúde (16 artigos), e uso de tecnologias de comunicação na atenção à saúde (16 artigos). Dois artigos apresentam revisões integrativas de literatura, abrangendo diferentes sentidos de comunicação.

### **Comunicação e educação em saúde**

Os artigos desta categoria abordam a comunicação a partir do componente educacional. Predominantemente verticais, estas práticas buscam facilitar a compreensão, padronizar materiais, favorecer mudanças de comportamento, tanto quando se relacionam à promoção da saúde individual quanto à saúde coletiva, com a proposta de promover melhorias na qualidade de vida. A comunicação nas campanhas de saúde e a produção de materiais educativos são avaliadas, assim como a prática social e pedagógica desenvolvida pelas equipes de saúde (SOUZA et al., 2017). Estas



últimas seriam menos efetivadas, pois exigem maior mobilização de recursos e investimentos e devem contar com parceria com atores sociais e instituições.

Em alguns artigos aparece uma perspectiva crítica à esta forma de conceber a educação e comunicação como instrumentais (MATOS MENEGUETTI, GOMES, 2009; KELLY-SANTOS, MONTEIRO, ROZEMBERG, 2009), concebendo a educação como intrínseca ao processo comunicacional, onde usuários e profissionais de saúde ensinam e aprendem, conclamando profissionais considerarem as diferenças dos contextos em que atuam e observar as necessidades da população envolvida, considerando que mesmo as campanhas de saúde pública deveriam resultar da troca de saberes e experiências. Questionam privilégios do saber biomédico em detrimento de outros saberes e práticas trazidas pelos usuários, como o uso de ervas medicinais (TEIXEIRA&OLIVEIRA, 2014). Práticas comunicativas podem gerar a participação dos usuários, reconhecida como elemento do êxito do cuidado e construção da cidadania (MATOS, et al., 2009), apontando para o núcleo de sentido que analisamos a seguir.

### **Comunicação e informação como direito à saúde**

A maioria dos artigos analisados foi incluída nesta categoria. O acesso à informação, de modo geral, foi apresentado como um processo comunicativo unidirecional. O fornecimento de informações necessárias pelo profissional de saúde, por exemplo, sobre o uso de medicamentos (POSSAMAI & DACOREGGIO, 2007) é visto como essencial na promoção da saúde individual ao promover a adesão ao tratamento. Na saúde coletiva, é destacado na melhoria da qualidade de vida da comunidade (REIS&MARTELLI, 2009). É enfatizada a importância de os profissionais disponibilizarem tempo para perguntas e esclarecimentos (MELO et al. 2017), bem como a busca de clareza na otimização dos processos comunicacionais (REIS&MARTELLI, 2009; ARAÚJO et al., 2011). A baixa escolaridade da população foi mencionada como obstáculo ao direito a informação (DYTZ, 2004), e aparece o papel da informação e do conhecimento nas relações entre usuários, familiares e profissionais (SCHIMITH et al., 2011).

Alguns artigos, entretanto, ressaltam que boa escolaridade não é garantia de compreensão da “linguagem médica e técnica” (PASSAMAI et al., 2012), problematizando o chamado “letramento funcional em saúde” (LFS), definido como: “o grau pelo qual os indivíduos têm a capacidade para obter, processar e entender informações básicas e serviços necessários para a tomada de decisões adequadas em



saúde” (PASSAMAI et al., 2012). A informação deve ser, portanto, compreensível e adequada para que o usuário decida quando utilizar o sistema de saúde ou realizar o autocuidado. O letramento seria responsabilidade de “escolas, lares, locais de trabalho e demais espaços comunitários”, num raciocínio de promoção da saúde (PASSAMAI et al., 2012, p.307). Alguns artigos são explícitos no questionamento das relações entre conhecimento, informação e poder na comunicação entre usuário e profissional de saúde (MATOS et al.2009), implicados na qualidade e ampliação do acesso (THIEDE& MCINTYRE,2008; PEREZ et al., 2013; SCHIMITH et al, 2011), decorrentes do controle social. A noção de “empoderamento” aparece na revisão de literatura sobre saúde do idoso, como elemento para “ajudar a pessoa no crescente controle sobre sua vida” (ARAÚJO et al, 2017, p.580). Esta revisão inclui o uso de tecnologias de comunicação e informação (TICs) na saúde do idoso, como veremos em seguida.

### **Comunicação e uso de tecnologias de comunicação e informação na promoção e atenção à saúde**

Esta categoria inclui artigos com descrições e análises da comunicação mediada pelo computador nos serviços de saúde. A expansão do uso das TICs na área da saúde permite observar os argumentos que os serviços adotam para utilizá-las, e que interações predominariam. Os artigos registram o uso de TICs na gestão em saúde, na educação continuada de profissionais e na terapêutica, afetando direta ou indiretamente o cuidado. Os exemplos incluem blogs de instituições públicas de saúde (PINTO e ROCHA, 2016), adoção do prontuário eletrônico (SORANZ, PINTO & PENNA, 2016), uso do Facebook pelo Ministério da saúde (CAXADA, SOUZA e MACHADO, 2015), novos meios de comunicação médico-paciente (e-mail, transmissão de vídeo, telemedicina, entre outros) (D’AVILA et al., 2017) e entre os níveis de gestão do sistema de saúde (SOUZA et al., 2017).

Telesaúde, teleconferências e reuniões técnicas à distância são avaliadas positivamente na capacitação de profissionais e no acesso em regiões remotas, diminuindo custos (REZENDE et al., 2010). Aparece a telereabilitação no tratamento de sequelas de patologias (RODRIGUES & ARAUJO, 2012; DIAS et al., 2016). Alguns artigos tangenciam limitações inerentes ao uso das TICs e mudanças indesejáveis na relação profissional-usuário (RODRIGUES & ARAUJO, 2012). Problemas éticos e legais e o envolvimento do setor saúde na discussão de “segurança, confidencialidade, responsabilidade profissional, padrões técnicos no registro, armazenamento e



transmissão de dados clínicos em formato digital, direitos autorais”, entre outros temas apontados (REZENDE et al.,2010, p.58).

A revisão de literatura sobre a saúde do idoso destaca o uso de cartilha educativa como TIC, apontando dilemas da incorporação tecnológica, por exemplo, alterações de comportamento decorrentes da implantação, em uma comunidade de idosos, de rede de sensores de alerta e apoio à decisão clínica (ARAÚJO et al, 2017).

## **DISCUSSÃO**

Políticas públicas subsequentes à promulgação da Constituição Federal de 1988, aliadas ao envelhecimento populacional e ao incremento do adoecimento crônico, preconizaram mudanças nos serviços de saúde. Incorporando elementos estudados pelas ciências sociais e humanas, fomentaram novos olhares e interações, valorizando o estabelecimento de vínculos e criação de novos sentidos na prestação de serviços de saúde, compatíveis com o modelo biopsicossocial.

Nossos resultados devem ser interpretados à luz do restrito número de publicações brasileiras que se debruçam sobre a comunicação em serviços de saúde, quando comparadas a outras ênfases possíveis sobre a prática em tais instituições. É possível distinguir sentidos historicamente vinculados às práticas em saúde, em suas acepções tradicionais ou em “roupagens” atuais. As nuances indicam restrita transformação, e as práticas descritas predominantemente buscam disseminar o conhecimento “correto” acerca da doença e de como evitá-la, mediado pela informação e com apoio das TICs. Nossa análise identifica uma continuidade nos sentidos da comunicação, expressa nas dimensões educativa e informativa das práticas, com ênfase na unidirecionalidade<sup>5</sup>. A promoção da saúde, em tese, assume uma concepção ampliada de saúde, propondo ações multidisciplinares e intersetoriais, mas a literatura analisada traduz o interesse em favorecer mudanças de comportamento. Descreve ações cujo “currículo” não recebe maior questionamento, ainda que enfatize que os profissionais de saúde comuniquem-se de modo compreensível, cabendo facilitar o acesso dos usuários à informação. Poucas são as publicações que problematizam a noção de diálogo ou investigam modos efetivamente dialógicos de promover trocas

---

<sup>5</sup> É mais recente a preocupação com uma melhor escuta dos “destinatários” acompanhada do entendimento de quais seriam suas necessidades (ver, por exemplo, Kalil & Aguiar (2019) sobre campanhas de promoção da amamentação).



comunicacionais. Novos produtos tecnológicos são incorporados com escassa problematização de suas consequências nas interações em nível local e na sociedade.

Seria o caso de nos perguntarmos que interesses contribuem para a manutenção de um modelo baseado em verdades “objetivas”, que tanto influi nas subjetividades, lembrando que a busca de prevenir doenças pode adquirir caráter bastante autoritário (chegando a excluir doentes do convívio social, como no caso das quarentenas), em nome da proteção do grupo. Os estudiosos da chamada “sociedade de risco”, no campo da saúde, aportam elementos úteis, como Bagrichevsky et al. (2010), que analisam discursos situados na “fronteira virtual entre ciência, mídia e mercado” (BAGRICHEVSKY, 2010, p.1701). Apelando para a racionalidade tecnicocientífica da Epidemiologia (ciência que estuda fenômenos de saúde-doença mediante, predominantemente, aplicação de métodos quantitativos e modelos estatísticos), tendem a isolar o indivíduo da cultura e das relações sociais. Buscam legitimidade no conhecimento científico, mas são permeados valores, traduzindo frequentemente um “imperativo moralizante” que impacta o comportamento social, sexual, comunitário (BAGRICHEVSKY, 2010, p.1701).

Com base nos estudos de Foucault, os autores observam novas manifestações do “biopoder” fomentando o assujeitamento, mediado por “protocolos discursivos diagnóstico preventivos” com “pretensões universalizantes” (BAGRICHEVSKY, 2010, p. 1701). Esses “protocolos” sintetizam prescrições do certo ou errado, sem muito exame dos contextos de ocorrência de problemas ou considerações de custo-benefício. Conformam crenças convenientes aos interesses de mercado (incluindo os meios de comunicação) por criarem demandas e expectativas por novos produtos e serviços. Profissionais de saúde (inclusive os bem intencionados) reiteram esse tipo de discurso, sem atentar para o deletério efeito das pretensões universalizantes, onde medidas comportamentais ou sociosanitárias passam a ser prescritas para coletivos pouco delineados e cujas necessidades não são reconhecidas (nem investigadas).

Num tom mais crítico, trabalhos na interface entre comunicação e saúde vêm questionando campanhas de saúde pública e outras práticas de promoção da saúde, como no caso da sexualidade e da alimentação saudável, salientando os “sofrimentos e sacrifícios” produzidos em nome da beleza, da saúde e da longevidade (BAGRICHEVSKY, 2010, p. 1705). Nesse contexto, o uso abusivo de medicamentos é apenas uma faceta do processo conhecido como medicalização, onde problemas de ordem existencial são “reinterpretados” como problemas médicos (FUREDI 2006, p.



14), transformando um número crescente de pessoas em doentes consumidores (ZORZANELLI et al., 2014)<sup>6</sup>.

Apesar de seu teor instrumental, articular a temática do direito à saúde com o acesso à informação é um avanço. As informações em saúde atualmente constituem elementos de barganha de sentidos, construindo “evidências” que contam no jogo político e na tomada de decisões. Podem caracterizar grupos populacionais, e influir no planejamento, oferta e avaliação de serviços prestados, mensurando necessidades. Como relembram Moreno, Coeli & Munk (2008), a informação em saúde não é neutra, cabendo zelar pela “utilização ética e fidedigna de dados produzidos com qualidade seja em relação ao cidadão, seja em relação aos gestores da área saúde”, evitando “manipulação indevida dos dados em saúde” (MORENO et al., 2008, p. 250). O mesmo raciocínio se aplica à inovação tecnológica, resgatando análises que ressaltam que as TICs podem produzir fascinação sem resolver contradições inerentes ao processo comunicativo, promovendo inclusive novas separações, desigualdades e estratificações (BARBERO, 2006, p.12).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Produzida predominantemente por autores da área de saúde, a literatura brasileira sobre práticas em serviços denota a emergência de condições de produção político-institucionais, culturais e simbólicas que favorecem novos sentidos da comunicação. Apesar do restrito universo de publicações identificadas na base pesquisada, aparece uma complexificação de temas de interesse que pode, no médio prazo, estabelecer parâmetros para gradativa superação do modelo instrumental em ações de saúde, especialmente naquelas mais executadas nos serviços públicos.

Atualmente, no entanto, contextos de prática envolvem distintos e por vezes conflitantes interesses, cabendo considerar, na análise, as condições de trabalho frequentemente aquém do desejável. O próprio conceito de saúde é objeto de disputas, e diferentes lugares de fala colocam obstáculos profundos ao estabelecimento de diálogo, o que dizer de vínculos. Populações de baixa escolaridade média, cujas necessidades de saúde não estão claramente estabelecidas, expostas a mídias que estimulam a demanda de produtos e serviços nem sempre disponíveis (e de duvidosa indicação baseada em

---

<sup>6</sup> O objeto da intervenção, na medicalização, é uma “pré-doença” (BAGRICHEVSKY et al., 2010, p. 1702), ou ainda o “pathos”, estado de mal estar “cujas características passam a ser reconhecidas pela medicina, pelos pacientes e pela cultura como alvo legítimo de intervenção médica, terapêutica, profilática ou restauradora” (ZORZANELLI, 2014, p. 1866).



evidências), pressionam profissionais e gestores de saúde a dar respostas a problemas acumulados, num padrão epidemiológico complexo que inclui doenças infectocontagiosas, crônico-degenerativas, e as consequências individuais e coletivas dos acidentes e violências.

Em tal contexto histórico, é difícil antever um consenso sobre o que seriam bons indicadores de práticas comunicativas novas ou como, no âmbito coletivo, mensurar com validades as práticas mais adequadas. Ainda assim, estudos contemporâneos da comunicação como fenômeno humano e relacional podem contribuir para problematizar modos de estabelecer vínculo entre os serviços/profissionais de saúde e usuários/comunidades, no âmbito do debate contemporâneo sobre o “comum” (DARDOT E LAVAL, 2017). O que sejam as necessidades de saúde de grupos humanos sofrem influência da interpretação dos próprios grupos, mediadas pela cultura e por elementos contextuais, a partir dos quais alternativas para a produção social de um estado coletivo de saúde poderia emergir, superando discursos genéricos sobre risco.

Do ponto de vista teórico-metodológico, uma agenda de pesquisa adequada à complexidade da interface entre saúde e comunicação precisa considerar a ambiência da mediação, problematizando novas práticas tecnocomunicacionais nos serviços e sistemas de saúde, na formação profissional, e nas demandas e expectativas por produtos e serviços. O desafio é articular diferentes camadas de contexto numa moldura coerente. Tais camadas incluem, entre outros, no âmbito macro de análise, além das consequências da mediação, o contexto jurídico-normativo delineado pelas políticas públicas de saúde e de comunicação. No âmbito meso, abrangeria os arranjos institucionais dos sistemas e serviços de saúde, incluindo elementos da cultura institucional, e ainda no âmbito micro, as diferentes interações em nível local.

Uma análise metodologicamente adequada dos fenômenos da comunicação na saúde é indispensável para antagonizar os efeitos da medicalização, indo de encontro aos interesses privados de mercado, no qual as indústrias da área de saúde exploram um rico filão. Nossa intenção é fortalecer, com o conhecimento sistemático, uma vertente da ciência que possa se contrapor a argumentos simplistas e alcançar comunidades capazes de influenciar a formulação de políticas e programas de saúde de interesse público.

## **BIBLIOGRAFIA**

ARAÚJO, I.S. Mercado Simbólico: um modelo de comunicação para políticas públicas.



**Interface - Comunicação, Saúde e Educação.** V 8(14), pp. 165–178, 2004.

ARAÚJO, I.S; CARDOSO, J.M. **Comunicação e saúde.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2007.

ARAÚJO, I. S; OLIVEIRA, V.C. Comunicação e Mediações em Saúde: Um olhar a partir do Programa de Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde (ICICT/Fiocruz). **RECIIS (Rev. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde).** Rio de Janeiro, v.6, n.3, Set, 2012.

ARAÚJO, S. N. M.; SANTIAGO, R. F.; BARBOSA, C. N. S.; FIGUEREDO, M. do L. F.; ANDRADE, E. M. L. R.; NERY, I. S. Tecnologías orientadas al cuidado del anciano en los servicios de salud: una revisión integradora. **Enfermería Global.** V.16(46); pp.562-595, 2017.

AGUIAR, A.; BORGES, W.C.; KALLIL, I.R.; DA MOTTA, P.H.F; BORGES, G.C.; MONTEIRO, D.E. Análise crítica das novas Diretrizes Curriculares Nacionais para cursos de medicina: concepção de comunicação, cultura e contextos. In: CRISTIANE

D’AVILA&UMBERTO TRIGUEIROS (Orgs.). **Comunicação, mídia e saúde-Novos agentes, novas agendas.** Ed. Luminatti, Rj. 2017.

BAGRICHEVSKY, M.; CASTIEL, L. D.; VASCONCELOS-SILVA, P. R.; ESTEVÃO, A. Discursos sobre comportamento de risco à saúde e a moralização da vida cotidiana. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(Supl. 1):1699-1708, 2010.

BARATA, R. B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. 120 p. (ColeçãoTemas em Saúde). Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/48z26/pdf/barata-9788575413913.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2019.

BARBERO, J. M. **Dos meios às mediações: comunicação, cultura e hegemonia.** Rio de Janeiro, UFRJ, 1997. 360 p.

BARCELOS, P.E.L & AGUIAR, A. A comunicação sobre HIV nas práticas de saúde no Sistema Único de Saúde- Brasil. **Revista Española de Comunicación em salud.** Suplemento 2, p.101-111, 2019.

BARCELOS, P. E.; NEVES, T. C. C. L.; AGUIAR, A. C. O que sabemos sobre a comunicação nas práticas de saúde no sistema único de saúde –SUS? In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 12., 2018. Rio de Janeiro. Resumos. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2018.

BARCELOS, P. E. L; LIMA, T. V. L.; AGUIAR, A.C. **Novas redes de Comunicação em saúde: Que mudanças promovem na assistência à saúde da família?** No prelo, 2020.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** Ed. 70. São Paulo, 1977.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília: Senado Federal.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da 11a Conferência Nacional de Saúde: o Brasil falando como quer ser tratado.** Brasília:



MS. 198 p. 2000 (Série Histórica do CNS, 2; Série D. Reuniões e Conferências, 16). Disponível em [http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_11.pdf](http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_11.pdf). Acesso em: 9 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: MS, 2004. 20 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_2004.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf). Acesso em: 9 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 63 p. Série B. Textos Básicos de Saúde. Série Pactos pela Saúde 2006, v. 9. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33856/396770/Pol%C3%ADtica+Nacional+d+e+Educa%C3%A7%C3%A3o+Permanente+em+Sa%C3%BAde/c92db117-e170-45e7-9984-8a7cdb111faa>. Acesso em: 9 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PNAPS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 32 p. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_promocao\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude.pdf).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. **Política Nacional de Informação e Informática em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS**. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016. 56 p. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_infor\\_informatica\\_saude\\_2016.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_infor_informatica_saude_2016.pdf)

CASTELLS, M & CARDOSO, G. A. **Sociedade em Rede: Do Conhecimento à Acção Política**. Ed. Imprensa Nacional - Casa da Moeda. Janeiro, 2006.

CAXADA, A. G. SOUZA ; M. F. & MACHADO, A. V. Conteúdos promotores de saúde em campanhas de Aids no Facebook dos ministérios da saúde do Brasil e do Peru - **Revista Panamericana de Salud Pública**. V. 38(6); pp.457-463, 2015.

CZERESNIA, D ; MACIEL, E.M.G.S ; OVIEDO, R.A.M. **Os sentidos da saúde e da doença**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013.

COLDRY, N. Mediatization or mediation? Alternative understandings of the emergent space of digital storytelling. **New media & society**, 10 (3), pp. 373-391, 2008.

\_\_\_\_\_. Mediatization and the future of field theory. In: LUNDBY, K. (Org.). **Mediatization of communication. Handbooks of Communication Science**. Ed. De Gruyter. Berlim/Boston, 2014.

DARDOT, P. ; LAVAL, C. **Comum : ensaio sobre a revolução no século XXI**. São Paulo : Boitempo Editorial, 2017. 534 p.

D'AVILA, O.P. ; PINTO, L. F. ; HAUSER, L. GONÇALVES, M. R. HRZHEIM, E. O uso do Primary Care Assessment Tool (PCAT): uma revisão integrativa e proposta de atualização - **Ciência & Saúde Coletiva**. V.22(3); pp.855-865, 2017.



DONATO, A.F. & GOMES, A. L. Z. O estudo da comunicação na formação dos profissionais de saúde: algumas questões e aproximações. **Bis – Boletim do Instituto de Saúde**. São Paulo, v. 12, n. 1, p. 37, abr 2010.

DYTZ, J. L. G. (2004) Right of access to health information - **Revista Brasileira de Enfermagem**; 57(2); 139-142.

ENGEL, G. Need for a New Medical Model - A Challenge for Biomedicine. **Science**. v.196, n 4286, 1977. pp.129-136.

FAIRCLOUGH, N. **Discurso e mudança social**. Brasília: Universidade de Brasília, 2001. 338 p.

FELICIANO, K.V.O & KOVACS, M.H. Concepções maternas sobre a diarreia infantil. **Jornal de Pediatria**, 2001. V 77(6); pp.487-495.

FUREDI, F. The end of professional dominance. **Society**, sep/oct pp. 14-18, 2006.

GADELHA, C. A. G. Prefácio. In : CUNHA, F.J. A. P. C ; LÁZARO, C. P ; PEREIRA, H. B. B.(Orgs.). **Conhecimento, Inovação e Comunicação em serviços de saúde**. Salvador, EDFBA & Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 2014.

HUBER, M. et al. **How should we define health?** **BMJ**, v. 343, p. d4163, 2011. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/343/bmj.d4163>. Acesso em: 9 jul. 2019.

KALIL, I. R.; AGUIAR, A. C. Discursos de Promoção ao Aleitamento Materno e a conformação da(s) maternidade(s) contemporânea(s). **DEMETRA: ALIMENTAÇÃO, NUTRIÇÃO & SAÚDE**, v. 14, p. 1-12, 2019.

KELLY-SANTOS, A.; MONTEIRO, S.; ROZEMBERG, B. Significados e usos de materiais educativos sobre hanseníase segundo profissionais de saúde pública do Município do Rio de Janeiro, Brasil - **Cadernos de Saúde Pública**,V.25(4); 857-867, 2009.

MATOS, M. R ; MENEGUETTI, L.C ; GOMES, A. L. Z. - Uma experiência em comunicação e saúde - **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. V. 13(31); p.p.437-447, 2009.

MELO, D. R. D.; JESUS, R. P. F. S.; SAMICO, I. C.; SANTO, A. C. G E. - Assessment of the responsiveness of a public health service from the perspective of older adults - **Revista de Saúde Pública**. v. 51. P.62, 2017.

MORENO, A. B.; COELI, C. M., MUNCK, S. Verbete informação em Saúde. In: PEREIRA, I. B ; LIMA, J. C. F. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde EPSJV**. 2.ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. 478 p. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/infSau.html>

PASSAMAI, M. P. B.; SAMPAIO, H. A. de C ; DIAS, A. M. I ; CABRAL, L. A. - Letramento funcional em saúde: reflexões e conceitos sobre seu impacto na interação entre usuários, profissionais e sistema de saúde - **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. V.16(41); 301-314, 2012.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev Saúde Pública**. 35(1). p.103-109, 2001.

\_\_\_\_\_. (2007). **Trabalho em equipe de saúde da perspectiva de gerentes de serviços de saúde: possibilidades da prática comunicativa orientada pelas**



**necessidades de saúde dos usuários e da população.** Tese de livre docência. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo.

PEREZ, L. G. ; SHERIDAN, J.D ; NICHOLLS, A. Y. MUES, K. E. ; SALEME, P. S. RESENDE, J. C. ; FERREIRA, J. A. G. LEON, J. S. Professional and community satisfaction with the Brazilian family health strategy - **Revista de Saúde Pública**, V.47(2); pp.403-413, 2013.

PINTO, L.F; ROCHA, C.M.F. Inovações na atenção Primária em Saúde: o uso de ferramentas de tecnologia de comunicação e informação para apoio à gestão local. **Ciência & Saúde Coletiva**. 21(5), p.1433-1448, 2016.

POSSAMAI, F. P.; DACOREGGIO, M. S. A habilidade de comunicação com o paciente no processo de atenção farmacêutica - **Trabalho, Educação e Saúde**. V 5(3); pp.473-490, 2007.

REIS, C. J ; MARTELLI-JR., H. FRANCO, B. M ; SANTOS, A. A. ; RAMALHO, L. M. P. Avaliação do serviço de saúde bucal no município de Grão Mogol, Minas Gerais, Brasil: “a voz do usuário” - **Ciência & Saúde Coletiva**. V.14(4); 1287-1295, 2009.

SACRAMENTO, I. O estudo das mediações e a pesquisa em comunicação e saúde. In: **Mediações Comunicativas da Saúde**. Multifoco: Rio de Janeiro, 2017.

SCOTT, L. ; GREER, M. B. ; LEEUW, E., Matthias WISMAR, M., HELDERMAN, JK. ; RIBEIRO, S. ; STUCKLER, D. **Policy, politics and public health. European Journal of Public Health**, Vol. 27, Supplement 4, 2017, 40–43, 2017. Published by Oxford University Press on behalf of the European Public Health Association.

SCROFERNEKER, C.M.A.; FALAVIGNA, F. B.; SILVA, T. G. As Mídias Sociais e a (re) Significação das ‘Ouvidorias Virtuais’ nos Hospitais Universitários Brasileiros. In: **Anais do IX Congresso Brasileiro Científico de Comunicação Organizacional e de relações públicas. ABRAPCORP**. Ed. PUC-RS. Porto Alegre, 2015.

SODRÉ, M. Eticidade, campo comunicacional e midiaticização. In: MORAES, D. (Org.). **Sociedade midiaticizada**. Rio de Janeiro: Ed. Mauad X, 2006, p. 19-31.

\_\_\_\_\_. **Antropológica do espelho: por uma teoria da comunicação linear e em rede**. Ed. Vozes. Petrópolis, Rj, 2011.

\_\_\_\_\_. **Ciência do Comum**. Ed. Vozes. Petrópolis, Rio de Janeiro. 2014.

SOUZA, M. F.; VANDERLEI, L. C. de Moraes; FRIAS, P. G. de. Avaliação da implantação do Programa de Controle da Hanseníase em Camaragibe, Pernambuco - **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. V. 26(4); 817-834, 2017.

SORANZ, D.; PINTO, L. F.; PENNA, G. O. - Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil - **Ciência & Saúde Coletiva**. V. 21(5); pp. 1327-1338, 2016.

SCHIMITH, M.D. ; SIMON, B.S. BRETAS, A. C. P. ; BUDÓ ; M.de L. D. Relações entre profissionais de saúde e usuários durante as práticas em saúde - **Trabalho, Educação e Saúde**. V. 9(3); pp. 479-503, 2011.

TEIXEIRA, I.& OLIVEIRA, M. W. Práticas de cuidado à saúde de mulheres camponesas - **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. V.18; pp.1341-1353, 2014.



THIEDE, M.& MCINTYRE, D. Information, communication and equitable access to health care: a conceptual note. **Cadernos de Saúde Pública**; 2008. V. 24(5) ; p.p 1168-1173.

ZORZANELLI, R. T.; ORTEGA, F.; BEZERRA JR. B. Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. **Ciênc. Saúde Coletiva [online]**. 2014, vol.19, n.6, pp.1859-1868.