

Impressos hospitalares e a dinâmica de construção de seus sentidos: o ponto de vista dos profissionais de saúde

Hospital leaflets and the dynamics of constructing their meanings: the perspective of health professionals

Brani Rozemberg ¹

Ana Paula Penna da Silva ¹

Paulo Roberto Vasconcellos-Silva ²

¹ Departamento de Epidemiologia e Vigilância em Saúde, Centro de Pesquisas Hospital Evandro Chagas, Fundação Oswaldo Cruz. Av. Brasil 4365, Rio de Janeiro, RJ 21045-900, Brasil.
² Divisão de Comunicação Social, Instituto Nacional do Câncer. Praça da Cruz Vermelha 23, Rio de Janeiro, RJ 20230-130, Brasil.

Abstract *Based on interviews in a hospital in Rio de Janeiro, the authors analyze strategies, interests, assumptions, and concerns among producers of patient information leaflets on infectious diseases. Most such publications followed a linear communications model, according to which health messages produce a sole and single effect on their audience. Visual communications are seen as a field of knowledge over which physicians have no “command”, but which raises great expectations on their part, principally in light of the limits of written language for an illiterate patient population. The most frequent concerns relate to the “adequacy of the language” (a denotative, non-semantic function of language) and on the increase in “dissemination”. Leaflets are generally linked to the professional experience of providing health care, but the lack of pertinent research prior to the production of such publications leads to simplifications and generalizations concerning the patients’ most common doubts and questions, reinforcing the stereotyping of the clientele based on their lacks and needs. In two exceptional leaflets, interaction with the clientele appears and expands the relationship between the health care professionals and the values and decisions made in distinct sociocultural contexts.*

Key words *Propaganda; Health Services; Broadsides*

Resumo *A partir de entrevistas com profissionais de um hospital do Rio de Janeiro, avaliamos um conjunto de pressupostos, estratégias, preocupações e racionalidades dos profissionais que produzem mensagens impressas sobre doenças infecciosas. A maioria das produções revelou-se presa a uma lógica linear de comunicação, que pressupõe que a mensagem transmitida geraria um único e só efeito. A comunicação visual é tida como campo de conhecimento que o médico não “domina” mas no qual deposita expectativas, principalmente quando afirma os limites da linguagem escrita frente à clientela não alfabetizada. As preocupações mais freqüentes recaem sobre a “adequação da linguagem” (função denotativa e não semântica da linguagem) e sobre o aumento da “divulgação”. As produções de impressos surgem atreladas à experiência profissional do atendimento, mas a inexistência de pesquisas prévias à produção, resulta em simplificações e generalizações sobre as dúvidas e questionamentos mais comuns do paciente, reforçando o estereótipo da clientela a partir de suas carências e necessidades. A interação com a clientela aparece, como exceção, em apenas duas das produções em análise, e amplia a relação dos profissionais com os valores e decisões tomadas em contextos sócio-culturais distintos.*

Palavras-chave *Propaganda; Serviços de Saúde; Impressos Avulsos*

Introdução

No ambiente hospitalar existe uma necessidade, reconhecida intuitivamente pelas equipes de profissionais de saúde, de atender à demanda de informações dos pacientes sobre procedimentos diagnósticos e terapêuticos, de facilitar adaptações a situações clínicas, de atenuar ansiedades frente a procedimentos dolorosos, e de modificar hábitos de risco ou promover a aderência a tratamentos de curto e longo prazo. Embora universalmente difundidas, as práticas de produção de materiais impressos dirigidos aos pacientes, como estratégia de atendimento às finalidades acima descritas, são raramente avaliadas. Igualmente, o processo de produção desses materiais com fins educativos/informativos, por parte das instituições que produzem conhecimento em ciências da saúde, é raramente descrito.

Surpreende confrontar a escassez dessas descrições e reflexões na literatura com a abundância de cartilhas, folhetos e cartazes que uma única coleta em qualquer instituição ou serviço de saúde pode proporcionar. Nesse sentido, Fawdry (1994), ao estudar os problemas de distribuição de impressos hospitalares, cataloga nada menos que 250 títulos em uma única instituição. Esse autor atribui a dificuldade de gerência da produção de impressos hospitalares, em parte, ao fato de eles serem gerados por projetos profissionais individuais. A popularização dos impressos editados em computadores pessoais, ajudou a consagrar a prática da reprodução de folhetos informativos para pacientes, sem contar os fornecidos pela indústria farmacêutica.

De um modo geral, desconhecemos o papel que os materiais impressos efetivamente desempenham na comunicação entre os profissionais e usuários dos serviços de saúde. Não obstante os grandes investimentos, há poucos estudos criteriosos em relação ao expressivo volume de material impresso (Arthur, 1995).

Por sua vez, a revisão da literatura no campo da educação em saúde, revelou que a maioria das publicações que lidam com impressos têm na produção desses materiais educativos/informativos seu ponto culminante. Ou seja, quando os esforços educativos culminam na produção de materiais, esses passam a ser tratados como “um fim em si mesmo”, sendo evocados, grosso modo, como forma de legitimar a ação institucional e retroalimentar diretamente às metas dos programas no âmbito dos quais “surgiram”.

Em um número menor de publicações esse “surgimento” dos produtos é documentado,

mas apenas sob o ponto de vista dos atores envolvidos na formulação/produção das mensagens. Como conclui Baillie et al. (2000), em seu estudo sobre ação comunicativa e promoção da saúde, predomina o “ponto de vista do especialista” em detrimento das expectativas da sociedade leiga.

A avaliação junto ao usuário, quando ocorre, raramente escapa do enfoque mecanicista das “escalas de atitudes e opiniões” ou do terreno do trivial, oferecendo resultados já mais ou menos previstos, do tipo: “o público está sensibilizado...” ou “os pacientes agora sabem melhor” ou “aprendeu um pouquinho mais sobre a doença”, o que nada esclarece sobre as estratégias e experiências de apropriação das mensagens por parte dos usuários. Raros estudos se ocupavam das racionalidades, motivações, lógicas de utilização, e do sentido das mensagens informativas/educativas, no universo do público aos quais eram endereçadas. Essas últimas experiências podem, grosso modo, ser reconhecidas como “pesquisas de recepção”, que no campo da comunicação em saúde são ainda incipientes.

Como etapa preparatória para um estudo de recepção das mensagens dos impressos com usuários de serviços de saúde, o presente artigo trabalha inicialmente com a perspectiva dos grupos de formulação, ou seja, mapeando um conjunto de pressupostos, estratégias, interesses, preocupações, racionalidades e ações de profissionais de saúde que, por algum motivo, produziram e distribuem impressos.

As análises aqui apresentadas, levantam uma série de outras questões relevantes sobre a comunicação em saúde/doença no universo hospitalar, valendo-se da avaliação dos materiais impressos como um “elemento de mediação” entre estes dois universos: o do profissional e o do usuário dos serviços.

Procedimentos metodológicos

Este estudo foi realizado em um hospital com serviços especializados em diferentes doenças infecciosas, na cidade do Rio de Janeiro. Inicialmente, foi distribuído para todos os funcionários de nível superior, um pequeno questionário (Tabela 1), que foi respondido por 11 profissionais. Somam-se a esses, outros 17 profissionais que por terem participado de produções de impressos, foram convidados a responder a uma entrevista semi-estruturada, gravada, aprofundando os dados do questionário, composta das seguintes perguntas: (1) “Qual foi a sua motivação para produzir este mate-

Tabela 1

Questionário apresentado aos profissionais de nível superior.

Qual o papel dos materiais impressos na comunicação entre profissionais e usuários do hospital?

Este questionário é parte de um projeto de pesquisa sobre a comunicação no ambiente hospitalar.

Gostaríamos de contar com a sua colaboração. Mesmo que parcialmente respondido, ele será útil na compreensão do papel desempenhado pelos impressos (cartilhas, cartazes, folhetos) na rotina hospitalar.

- 1 Como você vê a utilização de materiais escritos sobre doenças infecciosas (cartilhas, folhetos, cartazes) junto aos usuários do hospital? (Por exemplo: Materiais escritos são adequados ao seu público? Por quê? Os usuários normalmente se interessam? Lêem? Absorvem? Gostam? Colocam em prática?)
- 2 Com que frequência e em que situações você utiliza materiais escritos na sua rotina de trabalho?
- 3 Você já participou da elaboração de alguma cartilha, poster ou folheto sobre qualquer tema? Qual? Como foi o processo dessa produção?
- 4 (Caso se aplique) Qual foi a sua motivação para produzir/colaborar na produção do material referido na questão 3?
- 5 Mesmo que você nunca tenha se envolvido nesse tipo de atividade, quais as suas sugestões para os materiais impressos sobre doenças infecciosas?
- 6 Você foi convidado a participar da produção da cartilha do usuário deste hospital? (Em caso afirmativo) Como foi a sua participação?

rial?"; (2) "Você poderia descrever como foi o processo dessa produção?"; (3) "Como você vê esse material hoje?"; (4) "Em que situações você utiliza esse material (processo de distribuição)?" Assim, dos 87 profissionais de nível superior do hospital, 28 (32%) se dispuseram a participar.

Por ocasião dessa pesquisa, não existia no hospital uma política de ações sistemáticas e definição de setores de produção e distribuição regular de impressos, e sim iniciativas profissionais esporádicas e isoladas, que poderiam ou não contar com parcerias de produção ou recursos orçamentários. Os temas contemplados nos materiais impressos referidos foram: AIDS, doença de Chagas, leishmaniose, HTLV, paracoccidiodomicose, o hospital e seus serviços, e cuidados com medicamentos.

A motivação para produzir impressos

Categorizamos as motivações para produção de impressos, descritas por nossos entrevistados em três níveis:

- 1) o da *orientação* de procedimentos objetivos, buscando atender a uma demanda essencialmente pragmática e pontual da clientela, no cumprimento de determinações de ordem normativa (clínica ou administrativa);
- 2) o da *difusão de informações*, que tenta responder a uma demanda cognitiva da clientela e preocupa-se em preencher lacunas do conhecimento sobre doenças;

3) o de contribuir na *educação* da clientela, objetivando algum nível de interação. Preocupa-se em corresponder a demandas de comunicação. O impresso é incluído em um processo mais abrangente de falas e escutas.

No primeiro nível encontramos, por exemplo, os impressos da farmácia do hospital. Nesse setor é necessário alertar sobre a obrigatoriedade do cartão do paciente e da receita médica, assim como fornecer informações sobre como proteger, transportar ou acondicionar determinados medicamentos dispensados. Acrescentam-se a essas informações, os horários e rotinas de funcionamento, referência a quem procurar no caso de dúvidas e reações adversas, além de certos telefones úteis como o do Conselho Regional de Farmácia e o da Associação de Vítimas de Erros Médicos. Os profissionais do Setor de internação também se referem aos impressos para localizar certas rotinas, horários, alimentação, áreas onde os pacientes podem ou não entrar etc.

A informação nesse nível é monológica, não se propõe a interagir com os clientes e sim a passar determinações de ordem normativa. Foram expressas nesse nível, preocupações com a atualização das prescrições como forma de atualização dos comportamentos dos usuários e de sua adesão aos rituais clínicos e administrativos.

Em um segundo nível, encontramos a categoria de resposta mais freqüente entre profissionais sobre sua motivação para envolver-se na produção de impressos: "*informar*".

“A motivação foi uma enorme demanda, por parte dos pacientes, de informações sobre paracoccidiodomicose, que é uma doença muito pouco conhecida e com um nome difícil para a clientela (...)”.

“A idéia principal foi informar (...) elaboramos primeiro a cartilha sobre o HTLV, até porque era uma doença nova que estava surgindo, as pessoas com muitas dúvidas, até questionavam se não era também o HIV”.

Nas respostas dessa categoria, os termos mais frequentemente utilizados foram, além de “informar”, “transferir”, “dar acesso” ou “organizar” informações sobre as doenças, buscando, portanto, atender a uma demanda cognitiva dos pacientes: *“Bem, a cartilha de doença de Chagas foi que a gente viu pelo contexto todo do hospital que os pacientes necessitam de maiores informações (...), e de cada patologia, para eles entenderem um pouquinho do que era cada doença”.*

A disseminação de informações, por meio do impresso, incluía também o interesse em divulgar o próprio trabalho dos profissionais e serviços especializados em doenças infecciosas e se estendia, com frequência, para fora dos limites do hospital.

Em um terceiro nível, reunimos os relatos que apontaram preocupações, para além da transferência do saber médico ao leigo. Foram dois. Chamamos esse nível de *motivações educativas*, esclarecendo que estão incluídas nele, motivações dialógicas que atribuem ao leigo (paciente ou não do hospital) um papel menos passivo do que o de “estação de repetição” ou “multiplicador” do saber médico:

“A cartilha foi feita para sistematizar um trabalho educativo que fazemos aqui com os pacientes, quando eles chegam. (...) Então, a cartilha foi baseada nas perguntas que a gente escuta aqui todos os dias no ambulatório”.

“Porque eu tinha um projeto de sala de espera onde eu trabalhava com os pacientes. Então, conforme a dinâmica da reunião a gente utilizava (...) era um instrumento na reunião da sala de espera. Isso ajudava a gente a fazer os debates”.

O que distingue esses dois últimos relatos dos demais é a referência ao impresso, não como um fim informativo em si mesmo, mas como um dispositivo *auxiliar* para uma dinâmica de comunicação com a clientela.

A ausência de outras referências à interação com a clientela indica que, na grande maioria das produções, os impressos, em lugar de aprimorar a comunicação direta, operam algum tipo de “substituição” da antiga relação, atuando como “prótese comunicativa”, porém com ga-

nho de tempo e “objetividade” para o trabalho técnico: *“Uma motivação secundária é que o fato de você ter uma cartilha (...), como nós temos um setor muito cheio e poucas pessoas trabalhando, você ganha tempo pois apesar de você estar ali disponível sempre para responder perguntas, você dando a cartilha para ele, você possibilita que a consulta se torne mais objetiva e, de certa forma, seja abreviada. (...) Você ganha tempo para ver a parte médica (...) e ele levando a cartilha para casa pode trazer para a próxima consulta as dúvidas que eventualmente existam”.*

Mesmo assim, no final do depoimento anterior, o profissional manifesta sua expectativa de vir a construir um fluxo bilateral, uma troca, em um momento futuro (próxima consulta). Sendo assim, o impresso também aponta uma “promessa de diálogo”.

Opiniões e sugestões ao processo de produção de impressos

Nas sugestões dadas pelos entrevistados, destaca-se que quase 100% fizeram referências à questão da “clareza” da linguagem. Os termos *“linguagem clara e simples”* são os mais frequentes, seguidos de *“linguagem adequada”* e *“acessível”*.

“Deve ser feito de forma a chamar a atenção do público alvo e ter uma linguagem acessível para ser entendido por pessoas de todos os níveis”.

Enquanto para alguns o mesmo material deveria ser polivalente, entendido por todos os públicos, muitos já demonstram alguma preocupação com a segmentação da audiência, que, de fato, é uma estratégia básica e bem conhecida na área da comunicação:

“Utilização de linguagem diferenciada para explicar o mesmo fato, de acordo com o público. Cartilhas em home-page devem ser diferentes das impressas, por exemplo”.

“Determinar com muita clareza o público alvo (ao qual o impresso se destina)”.

A preocupação com a segmentação da audiência gerou inclusive a expressão “público alvo”, emprestada da área do marketing, e muito difundida entre os profissionais de saúde. Araújo & Jordão (1995) criticam o uso desse termo, que nos remete à idéia de uma audiência estática como um “alvo”, à mercê da “informação projétil”, e sob a mira de profissionais “franco atiradores”, ou no caso específico da comunicação hospitalar: “franco medicalizadores”.

Depois da clareza do texto, as referências ao uso da comunicação visual e à ampla distribuição dos impressos, foram as recomendações mais frequentes para a produção, tradu-

zindo preocupações válidas com o acesso e a distribuição mais abrangente possível do conhecimento médico de utilidade pública. Fausto Neto (1995), denominou essa tendência hegemônica, na comunicação em saúde contemporânea, de preocupação distributivista. Poucos entrevistados se desviam dessa tendência, que centra esforços nas questões de acesso dos usuários às estratégias em oferta, geralmente acreditando que o acesso *per se* possa se traduzir diretamente em participação e êxito das práticas de saúde.

O motivo pelo qual tantos entrevistados justificam sua preocupação com a adequação da linguagem e com o uso de imagens, está sempre relacionado com a dificuldade do público leigo, com ênfase no contingente de “analfabetos” na clientela do hospital:

“A gente sabe que muitas pessoas são analfabetas, então no grupo você pergunta e se for o caso você sugere que leve de qualquer forma (a cartilha): para sua filha, para sua mãe, para qualquer pessoa, mas informa... Nossa idéia era divulgar mesmo”.

“Quando trabalho com pessoas que não têm uma formação mínima, que não sabem ler e tal, eu não posso ficar usando um material muito escrito. Teria que ser mais à base de figuras, tentando passar a mensagem que eu esteja pretendendo, através daquele material. (...) eu acho a questão da linguagem fundamental no material informativo”.

Se, por um lado, as dificuldades da clientela são sempre expressas, por outro, raras vezes se enuncia claramente o imenso abismo entre o conhecimento científico e *qualquer* clientela, em alguns casos a própria classe médica. Tal autocrítica apareceu em apenas duas entrevistas que contêm referências à dificuldade de entendimento das mensagens técnico-científicas por profissionais de outras especialidades em saúde. Nas entrevistas restantes, a justificativa para a tão valorizada adequação da linguagem sempre recai na dificuldades de compreensão da clientela:

“A gente compilou e colocou (a informação) da maneira assim mais sucinta e mais clara possível, né, devido à peculiaridade da clientela. A gente tem um pessoal assim de baixa renda, baixo nível cultural, então a gente tem que colocar as coisas de uma maneira que eles realmente consigam compreender”.

O resultado é quase sempre uma visão estereotipada e distorcida dessa clientela, caracterizada pela falta ou escassez de recursos materiais, culturais e simbólicos: “baixa renda”, “baixo nível cultural”, “sem instrução, nem o primeiro grau”, “pessoal do interior que não se al-

fabetizou” etc. Enfim, uma clientela caracterizada por lacunas e vazios de toda a ordem. O saber leigo existe, mas é como se fosse um “saber vazio”, a ser preenchido ou retificado. Nesse processo de olhar o outro pelo que lhe falta, a falta da habilidade de leitura, evidentemente, é a mais referida quando o assunto é “impressos”. Em um caso extremo, a mitificação do analfabetismo como barreira de comunicação, levou um especialista a comparar pacientes com crianças pequenas, evidenciando a infantilização do adulto sem escolaridade:

“Acho que teríamos que fazer histórias praticamente sem texto, né... histórias em quadrinhos. Porque outra alternativa seria você fazer uma coisa audiovisual, mas como é que o doente vai... pois se for uma fita cassete... mas o pessoal não tem cultura... não tem vídeo em casa, normalmente, né... Acho difícil o audiovisual conseguir ser incorporado pelos analfabetos. Acho que seria mais a idéia de uma... estória em quadrinhos, como você apresenta uma estória para uma criança de três anos. É imagem, né?”.

É interessante a comparação com a criança, que tudo precisa aprender sobre o mundo (“saber vazio”). Se o médico comparasse o analfabeto com um adulto de outra nacionalidade, um estrangeiro (“saber cheio”, porém diferente) teríamos implícito o reconhecimento da alteridade e o estabelecimento de uma relação mais simétrica entre adultos com saberes distintos.

Alguns especialistas deixam entrever em seus depoimentos que não se sentem seguros na comunicação com analfabetos. O trecho abaixo reflete uma demanda por intermediação na comunicação entre o médico e seus pacientes, quando o entrevistado foi questionado sobre detalhes da produção de impressos:

“Acho difícil, porque eu não trabalho nessa área (...) Teria que ter alguém que entenda do assunto... Isso não é para principiante não. Isso é para quem lida com informação visual. Devem existir pessoas que trabalham com comunicação com analfabetos, com certeza, né... Teria que se contratar uma pessoa dessas para dar opinião”.

Para Chauí (1981), a ciência alimenta o discurso da “competência”, criando cada vez maiores demandas da mediação da figura do “especialista”, interpondo-se entre o homem e seu corpo, seu sentir, em todas as áreas e fases da vida. O depoimento acima reflete essa demanda. O médico clama por um especialista no lugar da construção de uma experiência própria, partilhada com sua clientela. Tal postura foi minoritária entre os formuladores de impressos entrevistados.

O processo de produção dos impressos

A seleção de conteúdos e a adequação da linguagem

As descrições feitas pelos entrevistados que se debruçaram sobre a tarefa de produzir impressos, retomam os dois aspectos centrais abordados até aqui: (1) o desejo de transmitir conhecimentos e (2) as barreiras percebidas como “de linguagem”. A linguagem é geralmente referida como um conjunto de palavras “fáceis e difíceis”, uma vez que todos compartilham a crença de que adequar a linguagem é traduzir termos técnicos utilizados em textos científicos, para explicar as doenças em termos acessíveis aos usuários. Para Rodrigues (1995), essa fixação na função denotativa da linguagem deixa de lado sua função semântica, que a antropologia insiste em preservar. A maior evidência de que a idéia de “linguagem” está aprisionada nos “códigos” e não em seu “significado”, é que alguns impressos são produzidos diretamente a partir da simplificação de manuais técnicos voltados para profissionais, como nos seguintes relatos:

“Seguimos os esquemas tradicionais, falamos sobre a história, agente etiológico, aspectos epidemiológicos, clínica, tratamento e prevenção. Quer dizer, esse é um roteiro que já existe mais ou menos definido quando você vai apresentar qualquer doença. Mas procuramos dar uma coisa didática”.

“Descrevemos o ciclo, né: o que é a doença, os sintomas, ao que ela pode levar, quem transmite a doença, quais os animais... A doença como um todo. Então, a gente pegou um manual (...) e tentou adaptar na mesma linha de pensamento. Eu, a enfermeira, a médica e a assistente social (...) É óbvio, discutimos à beça para ficar numa linguagem acessível”.

Em comum, os formuladores de impressos enfatizaram o esforço que fizeram na adequação da linguagem, entendida como tradução de códigos unívocos:

“A grande dificuldade de se fazer uma cartilha é usar as palavras que não sejam ambíguas, que não dêem margem a um duplo sentido. Você tem que ser muito preciso quando faz alguma frase ou cria um critério. Tem que ter muita precisão na palavra que está usando e aquela palavra tem que ser acessível. Isso não é fácil, isso é muito difícil”.

Além da crença no encontro da palavra ideal que não possa ser interpretada de outra maneira em outro contexto, existe ainda a pretensão de que seu sentido cristalizado não se perca com o passar do tempo e com a transfe-

rência para um grande número de novos receptores do saber médico. Nas justificativas do uso do impresso na comunicação hospitalar, por vezes, a palavra escrita aparece como sendo capaz de cristalizar o inevitável processo humano de reinterpretação e ressignificação:

“Com uma cartilha feita especialmente para leigos, o paciente poderá levar para casa esse conhecimento sem perda de conteúdo. Porque muitas vezes na consulta você explica coisas ou dúvidas, mas no percurso do hospital para casa o paciente distorce um pouco as informações. Um material escrito é uma forma de você resguardar a informação e manter aquele conteúdo intacto. Então (...) essa informação pode ser multiplicada (...)”.

Se o entrevistado acima valoriza a palavra impressa como forma de “preservar” uma verdade médica, outra entrevistada, ressalta que, uma vez impressa, *qualquer* palavra pode adquirir o *status* de verdade, e se surpreende com a força que a palavra escrita adquire *sobre* o público leigo:

“(...) Muito interessante como a cartilha, o folheto, ganha força... Porque ele é a palavra escrita, e a palavra escrita tem uma outra força, tem um outro valor. Quer dizer, embora eu tenha dito para eles todas aquelas coisas ali, quando eles lêem, que eles vêm que está escrito, escrito vale, entendeu? E eles não têm a menor idéia que fui eu mesma que escrevi e eu nem falo nada que fui eu... Como a palavra escrita ganha força!”.

No processo de produção de impressos, enquanto a “adequação da linguagem” é muito valorizada, a “seleção dos conteúdos” não surge como objeto de problematização entre os entrevistados. Ao contrário, como observa Kee (1996), destaca-se uma tendência paternalista dos médicos, que se mostram bastante seguros quanto à definição das informações consideradas “pertinentes”. Em parte se apóiam nos manuais técnicos mas, com frequência, na própria experiência do atendimento.

Nesse sentido, as perguntas ou dúvidas mais comuns dos pacientes também foram referidas como fonte de seleção de conteúdos (central ou complementar, dependendo do impresso). Alguns impressos, inclusive, adotavam o formato de “perguntas e respostas” no intuito de contemplar tais demandas mais frequentes da clientela e ainda, de dar uma estrutura dinâmica e objetiva ao material. Ocorre que, segundo a maioria das entrevistas, o exercício para validação de tais perguntas e respostas tem lugar apenas *entre pares*:

“Eu acho que na hora que você põe a pergunta (no impresso), responder dá o maior tra-

balho. Então, a gente se reuniu mais de duas vezes (...) Quando você senta para responder, aí você tem que primeiro pensar em quem vai ler, quem é essa população (...) qual é o nível dela, o que você quer falar, e da maneira mais simples possível (...).

A definição das perguntas que interessariam ao paciente é também muito restrita:

“Bem, são duas as perguntas que o doente faz: se eu tenho cura ou não, se eu vou morrer ou não, e se eu posso me aposentar ou não, né? São duas perguntas que o paciente faz constantemente. Foi em cima disso, né, que nós nos baseamos”.

Se por um lado a experiência com as dúvidas mais freqüentes é importante, por outro, processa-se uma simplificação das questões e apreensões dos pacientes, restringindo-se àquelas mais evidentes, que são inerentes à condição humana, como o medo da morte física (pela doença) ou social (pela incapacitação), não havendo espaço para a singularidade de outras questões “menores” (do que as de “vida ou morte”) e que, talvez, se revelariam com a participação da clientela na elaboração das mensagens.

A inclusão dos grupos de pacientes no processo de elaboração do impresso, caracterizando uma dinâmica de grupo, foi descrita por apenas dois entrevistados:

“O processo de elaboração desse material foi aproveitando o espaço do grupo de pacientes (...) a gente começou a ver quais eram as principais dúvidas, discutir essas dúvidas na própria reunião. Esse material era analisado (...) depois a gente dava uma arrumada nas respostas para voltar para o grupo. Aconteceu durante uns três meses”.

No entanto, a história da produção da grande maioria dos impressos difere em muito da descrita acima. São, em geral, produções rápidas, com o objetivo de convencimento unilateral e aproveitando pouco os espaços de interação com a clientela.

Cabe ressaltar que, de qualquer modo, reunir-se com a clientela não garante o reconhecimento de modos cognitivos e simbólicos diferenciados, o mergulho em outra escuta, ou a promoção do diálogo. Tanto a escuta pode ser superficial ou direcionada, quanto o discurso profissional, coercitivo ou encerrado em si mesmo. As reuniões representam apenas “chances” de comunicação.

A associação de profissionais para a produção

Outro aspecto ressaltado nas entrevistas, foi a produção de impressos a partir da associação

de profissionais provenientes de diferentes áreas de atuação (biomédicas e humanas). Tais materiais têm a sua produção marcada por uma divisão de tarefas, onde o médico faz um primeiro texto técnico e os outros profissionais “traduzem-no” para uma linguagem considerada mais acessível:

“Não foi difícil, não. A gente simplificou um texto técnico que ele (o médico) distribuía. A gente simplificou, deu uma enxugada no geral e começou a botar numa linguagem mais acessível para eles, para os usuários” (assistente social).

A importância de se contar com pontos de vista de profissionais com formações distintas, foi reforçada por alguns entrevistados como forma de superar um olhar reducionista sobre a doença, mas pode, por outro lado, acentuá-lo. Na equipe multiprofissional, o profissional tanto pode estar interagindo com outros saberes da equipe, quanto fragmentando as atribuições e responsabilidades, isentando-se da interação com as demais categorias. Tudo vai depender do padrão de racionalidade corrente no meio em que são produzidos os impressos. Nesse sentido, a divisão dos textos nos impressos entre “aquilo que é parte do social e aquilo que é parte do clínico” exemplifica bem a dificuldade de reunir em um mesmo debate a questão saúde/doença sob os diferentes pontos de vista (biomédicos e sociais):

“Em princípio a gente dividiu o material em dois pontos. Um que seria mais a parte do serviço social, né, que estudava como esses pacientes seriam informados de seus direitos, INSS, aposentadoria, benefícios.. Tinha um enfoque neste sentido. E, para que isso fosse feito, era necessário ter também uma parte com informação clínica. Até para definir para o paciente porque ele poderia ser encaminhado para o INSS ou não”.

Finalmente, os depoimentos revelaram que o componente social da doença é tido como algo externo à doença e reduzido em sua complexidade, pois o termo “social” é utilizado estritamente como sinônimo para as questões previdenciárias: *“(...) então a gente colocou o que era a doença, como é que transmitia e tal e tal... E, no final, a gente colocou a parte social: quais eram os direitos dele, como é que ele poderia se aposentar, como é que ele poderia entrar em benefício. Essa foi a idéia”.*

A distribuição de impressos

Se o processo da produção de impressos, com raras exceções, prescindiu da participação do usuário, sua distribuição necessariamente remete o profissional de saúde a refletir, de algu-

ma forma, sobre sua interação com a clientela. Para descrever *como* e a partir *de que critérios* eles distribuem as cartilhas produzidas, três de nossos entrevistados acabaram por nos fornecer uma imagem mais positiva e ativa do paciente como participante do conhecimento e não como mero depositário do saber:

“Boa parte tinha noção muito boa de prevenção (HIV) e se prevenia. Tinham uma consciência crítica bem aguçada também. Eu cresci muito e aprendi muito com eles”.

Em relação à distribuição, é preciso distinguir as condições reais, descritas pelos entrevistados, nas quais ela efetivamente se processa (ou não), daquelas que foram inicialmente idealizadas, por ocasião da elaboração dos impressos. Assim, do ponto de vista idealizado, foram freqüentes as referências à distribuição dos materiais em situações de grupo, na forma de oficinas e com estímulo à participação, porém apenas dois entrevistados relataram efetivamente realizá-la dessa forma. A freqüência e as situações de distribuição de impressos são apresentadas respectivamente nas Tabelas 2 e 3.

Surpreende o número de referências a alunos, escolas, feiras, eventos e congressos (8) onde os impressos são distribuídos, quase tão freqüentes quanto às referências à distribuição aos pacientes (12) a quem os impressos são dirigidos. Isso se explica, em parte, pelo fato de o hospital cumprir o papel de informar, não só a sua clientela, mas a sociedade como um todo, sobre as doenças infecciosas. No entanto, esses dois papéis do impresso se confundem um pouco na produção e, com freqüência, os produtos resultantes deixam de atender especificamente sua clientela e passam a falar sobre “si mesmos”, ou seja, sobre os serviços, sua competência especializada, suas pesquisas etc.

A opinião dos profissionais sobre os materiais produzidos

De um modo geral, os profissionais que participaram da produção de impressos se mostravam satisfeitos com o produto no que tange às mensagens produzidas. *“Sou suspeita, eu gosto dela. Vejo que ela atende às necessidades”*; *“desperta questionamentos nas pessoas”*. *“Acho uma boa cartilha, abrange a maioria das dúvidas que os pacientes têm”*; *“a abordagem é boa, eficaz”*; *“o conteúdo é bom, ao meu ver”*.

Se há algum retorno recebido da clientela, ele foi apreendido apenas informal ou intuitivamente, sem maiores detalhes sobre *como* a abordagem é “boa” ou “eficaz”, por ausência de estudos de recepção ou qualquer tipo de ava-

liação externa. A experiência direta e a intuição fornecem o *feedback* necessário às decisões.

Satisfeitos com seus impressos, os formuladores pensavam em novas cartilhas para ampliar conteúdos não contemplados pela primeira: *“Ela é boa. Eu acho que falta ainda, uma coisa que pretendo fazer, é uma outra que oriente sobre a medicação”*. *“Falta, assim, o ciclo, a gente não mostra muito sobre o parasita, sobre o ciclo”*.

Além da continuidade e inclusões, apenas pequenos detalhes são apontados como revisão dos impressos. Curiosamente, a principal “falha” apontada não diz respeito aos materiais, mas sim a sua pouca divulgação e distribuição: *“Eu acho que ele teria que estar sendo mais utilizado, para a gente poder avaliar”*; *“foi feito pouco material, tem pouca cartilha”*. *“A divulgação é falha, perdida, solta”*; *“tem muitos folderzinhos que ficam jogados aí (...) chega no setor, encosta, não tem uma distribuição, não tem uma divulgação”*. Talvez a divulgação deficiente decorra, em parte, do que Fawdry (1994), descreve como produção de impressos derivada de “projetos profissionais individuais”, que não contagiam os profissionais colaboradores.

Ainda, dos 28 entrevistados, 20 referem-se à importância da comunicação visual: *“o conteúdo é bom, mas ela perde em impacto visual, ela não é bonita de se ver”*; *“quase não tem figuras”*; *“podia ser colorida”*; *“talvez mais ilustrada com menos palavras(...)”*. No entanto, nenhum dos materiais produzidos apresenta tais elementos. Esse paradoxo é indício do caráter monológico das produções, centradas em seu próprio universo cultural, onde o peso da linguagem escrita é grande. A linguagem visual é considerada como um campo de conhecimento que o médico não “domina”, mas no qual deposita grande expectativa de superação dos limites da comunicação com sua clientela.

Considerações finais

De um modo geral, as produções analisadas neste artigo revelaram-se presas a uma lógica do modelo linear de comunicação (Fausto Neto, 1995): procurando examinar o “êxito” das experiências a partir da mera transmissibilidade das emissões de suas mensagens, da exposição dos usuários aos conteúdos propostos e, finalmente, à idéia de que a mensagem transmitida geraria um único e só efeito. Tudo se passa como se os seres humanos estivessem fixados semântica e socialmente em um universo de sentido único e imutável. Como se existisse um “adequado”, um “correto” e um “acessível” universais que pudessem ser encontrados pelo

Tabela 2

Freqüência de distribuição de impressos, segundo os 11 questionários e 17 entrevistas.

Freqüência	n
Esporadicamente/em ocasiões especiais/quando tenho dúvidas	12
Bastante/regularmente/habitualmente para manter-me atualizado	8
Pouco/muito pouco/não uso impressos em minha rotina de trabalho/raramente temos acesso a impressos sobre doenças/raramente, pois trabalho em pesquisa	7

Tabela 3

Ocasões/situações e clientela da distribuição de impressos, segundo os 11 questionários e 17 entrevistas (cada entrevistado contribuiu em mais de uma categoria).

Ocasião/Situação	n
Muitos alunos nos procuram para ter esses materiais/Em escolas também/Muita gente pede para levar para a escola/Estudantes procuram muito esses folhetos que são direcionados aos pacientes	5
Era complementar ao trabalho individual com os voluntários/Uma orientação complementar à consulta/Um apoio "além da voz" durante a consulta	4
Quando tem evento de divulgação da instituição ou feiras de ciências/Congressos	3
No ambulatório/Basicamente no ambulatório	2
Quando preciso esclarecer um grupo grande de pessoas/Em grupo de sala de espera	2
Quando o paciente internado não tem informação/Quando o paciente não consegue entender na consulta o que está acontecendo com ele/ou está ansioso	2
Quando a comunicação individual não se faz possível	1
Quando ocorre conflito do paciente com a previdência	1

consenso entre os formuladores do impresso, sem negociação de significados com a estrutura receptora. Parece não existir ainda um reconhecimento formal, por parte das instituições, de que, apesar de se ocuparem aparentemente da mesma temática, profissionais e clientela são núcleos discursivamente distintos, elaborando significados segundo experiências e mundos identitários próprios.

Segundo Goode et al. (1996), a lógica que acompanha a noção do indivíduo como "recipiente vazio", inclui uma expectativa de que eles não persigam estilos de vida mais saudáveis, por não terem conhecimentos suficientes para fazer melhores escolhas em saúde, e de que, uma vez informados pelo médico, isso ocorrerá. Essa atitude historicamente impregna a memória institucional do campo da saúde, e reemerge de várias maneiras nos programas de prevenção primária (Baillie et al., 2000). Superar esse mito relacionado ao poder da transferência de informação, requer dos programas, um amplo reconhecimento de que

tanto a saúde quanto seu significado não podem ser separados da situação em que essa definição se dá (Fawzy et al., 1995). Tanto a prevenção quanto a promoção precisam compreender e problematizar de maneira crítica e aberta, a sua relação com os valores e decisões tomadas em contextos socioculturais distintos.

Nossos dados evidenciaram a inexistência de pesquisas prévias à criação de impressos, porém as produções são atreladas à experiência do atendimento, o que faz com que contemplem algumas dúvidas e questionamentos mais comuns da clientela sobre os problemas específicos abordados nos materiais. Verificamos, no entanto, que desse procedimento resultam simplificações, generalizações e reducionismos relacionados ao que "o paciente quer". As únicas referências a estudos prévios à produção restringiam-se a conhecer o "nível de escolaridade da clientela", o que, somado à inexistência de outras pesquisas, reforçam o estereótipo da clientela a partir de suas carências e necessidades.

A interação com a clientela aparece em apenas duas das produções em análise. No primeiro caso, o trabalho de grupo, hoje extinto, proporcionou o estreitamento de laços e a apreendizagem das negociações de significados das mensagens impressas.

No segundo, o trabalho de um profissional isolado, que valoriza saberes e experiências de seus pacientes, acaba por reproduzir no nível individual todo um processo de descobertas e de desenvolvimento do campo da educação/comunicação em saúde, ao formular e distribuir sozinho, impressos sobre sua especialidade médica. Esse exercício (in)voluntário do médico na educação em saúde, fruto do acaso e da necessidade, lhe confere, ao mesmo tempo, um admirável espírito quixotesco e a prepotência de quem reinventa diariamente a roda. O lugar de exceção que ocupam essas iniciativas profissionais e a ausência de outras de mes-

ma natureza, revelam a ausência de uma política de comunicação regular e saudável no interior das instituições de saúde.

Sendo assim, são altamente recomendáveis não só a inclusão dos pacientes nos trabalhos, mas também a criação de espaços de reflexão coletiva dos profissionais que lidam com o público, abrindo múltiplas frentes de compartilhamento de conhecimentos.

Finalmente, pode-se concluir com Fausto Neto (1995), que: a área da saúde necessita ainda desenvolver uma “cultura da avaliação”, sendo o campo da comunicação na saúde, de um modo geral, uma área de conhecimento incipiente, onde formulações vagas e expressões “de efeito” necessitam ainda desenvolver-se na direção de um exame mais sistemático das práticas em andamento, na forma de pesquisas, de modo a poder oferecer propostas teóricas coerentes, que orientem novas ações.

Referências

- ARAÚJO, I. & JORDÃO, E., 1995. Velhos dilemas, novos enfoques: Uma contribuição para o debate sobre estudos de recepção. In: *Saúde e Comunicação: Visibilidades e Silêncios* (A. M. R. Pitta, org.), pp. 172-189, São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO.
- ARTHUR, V. A., 1995. Written patient information: A review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 21:1081-1086.
- BAILLIE, L.; BASSETT-SMITH, J. & BROUGHTON, S., 2000. Using communicative action in the primary prevention of cancer. *Health Education Behaviour*, 27:442-453.
- CHAUI, M., 1981. *Cultura e Democracia: O Discurso Competente e Outras Falas*. 2ª Ed. São Paulo: Editora Moderna.
- FAWDRY, R., 1994. Prescribing the leaflets. *BMJ*, 51: 5551-5553.
- FAWZY, F.; FAWZY, N.; AMDT, R. & PASNAU, R., 1995. Critical review of psychosocial interventions in cancer care. *Archives of General Psychiatry*, 52: 100-113.
- FAUSTO NETO, A., 1995. Percepções acerca dos campos da saúde e da comunicação. In: *Saúde e Comunicação: Visibilidades e Silêncios* (A. M. R. Pitta, org.), pp. 267-294, São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO.
- GOODE, J.; BEARDSWORTH, A.; KEIL, T.; SHERRATT, E. & HASLAM, C., 1996. Changing the nation's diet: A study of responses to current nutritional messages. *Health Education Journal*, 55:285.
- KEE, F., 1996. Patients' prerogatives and perceptions of benefit. *BMJ*, 312:958-960.
- RODRIGUES, A. D., 1995. A relevância e a atualidade dos processos interlocutivos. In: *Mídia e Encenação dos Sentidos. Mídia, Cultura e Política* (L. J. Braga, S. D. Porto & A. Fausto Neto, org.), pp. 39-53, Rio de Janeiro: Editora Compós/Diadorim Editora.

Recebido em 25 de outubro de 2001

Versão final reapresentada em 15 de março de 2002

Aprovado em 16 de maio de 2002