



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



“Doenças midiaticamente negligenciadas”: cobertura e invisibilidade de temas sobre saúde na mídia impressa”

por

Aline Guio Cavaca

*Tese apresentada com vistas à obtenção do título de Doutor em
Ciências na área de Saúde Pública.*

Orientador: Prof. Dr. Paulo Roberto Vasconcellos-Silva

Rio de Janeiro, março de 2015



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA

SERGIO AROUCA

ENSP

Esta tese, intitulada

“Doenças midiaticamente negligenciadas’: cobertura e invisibilidade de temas sobre saúde na mídia impressa”

Apresentada por

Aline Guio Cavaca

Foi avaliada pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. Adauto Emmerich Oliveira

Prof.^a Dr.^a Janine Miranda Cardoso

Prof. Dr. Luis David Castiel

Prof. Dr. Carlos Otávio Fiúza Moreira

Prof. Dr. Paulo Roberto Vasconcellos da Silva – Orientador

Tese defendida e aprovada em 30 de março de 2015.

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

C376d Cavaca, Aline Guio
Doenças midiaticamente negligenciadas:
cobertura e invisibilidade de temas sobre saúde na
mídia impressa. / Aline Guio Cavaca. -- 2015.
177 f. : tab. ; mapas

Orientador: Paulo Roberto Vasconcellos-Silva
Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde
Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015.

1. Doenças Negligenciadas. 2. Comunicação em
Saúde. 3. Saúde Pública. 4. Indicadores de
Morbimortalidade. 5. Meios de Comunicação de
Massa. 6. Epidemiologia. I. Título.
CDD – 22.ed-614

Dedico esta Tese à minha mãe, Soraya Guio Cavaca, que nesses quatro anos de Doutorado, não só esteve presente em meus desafios acadêmicos, mas percorreu comigo a estrada de reencontro de nossos corações.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, em primeiro lugar, aos meus pais, Lúcio e Soraya, e à minha irmã, Luana, pelo carinho, compreensão e, principalmente, por serem os maiores incentivadores de todos os meus sonhos. Minha família me inspira, diariamente, a buscar a felicidade e a semear sorrisos.

Às minhas avós, agradeço pelos exemplos e pelo encorajamento. O anel de formatura e o vestido da defesa são os talismãs que simbolizam suas presenças nessa conquista!

Agradeço, muito carinhosamente, à minha tia, avó e mãe emprestada, Zilda Guio e ao meu tio Amaro, que me acompanharam na empreitada carioca desse Doutorado, com muita alegria e muitas gostosuras culinárias!

À minha madrinha, Celina Guio, e ao meu padrinho, tio Keka, agradeço pelo apoio, pela confiança, além de por todos os incentivos para eu alcançar meus sonhos.

Ao Rio de Janeiro, sou grata pela inspiração, pela FIOCRUZ, pela alegria tijucana e pelos amigos que cativei: Eliana Marcolino, Carlos Oliveira, Carla Garcia, João, Melissa e Paulo, Tatiana Gamarra, colegas de turma da ENSP, Mário e Vinícius (das risadas na Xerox), Alaine e Joselmo, colegas do LACES, da VideoSaúde, do PPGICS, da Uerj, Fidel e os demais colegas da livraria da ABRASCO, dentre tantos outros colegas cariocas que, tenho fé, um dia “vamos marcar sem falta alguma coisa!”.

Agradeço ao meu orientador, Prof. Dr. Paulo Roberto Vasconcellos-Silva, pelas contribuições acadêmicas e pela confiança em meus projetos. Também agradeço ao CNPq, pela concessão de bolsa de Doutorado, à CAPES, pela bolsa de Doutorado Sanduíche através do PDSE – Programa de Doutorado Sanduíche no exterior, e à FAPES- Fundação de amparo à Pesquisa do Espírito Santo, pelo financiamento do projeto, via edital do Programa de Pesquisa para o SUS (PPSUS).

Muito obrigada, também, evidentemente, aos professores componentes da Banca de Defesa, pelas ricas contribuições na etapa de Qualificação e pela atenção nesse momento: Dr. Luis Castiel, Dr^a Janine Cardoso, Dr. Carlos Fiúza, Dr. Adauto Emmerich, Dr. Willer Marcondes, e Dr^a Kátia Lerner. Além destes, gostaria de agradecer sincera e carinhosamente às professora Dr^a Inesita Soares, Dr^a Maria Helena Barros, ao professor Dr. Nilson do Rosário e ao professor Dr. Isaac Epstein, com quem dividi as ideias iniciais deste projeto.

À Coimbra, agradeço pelas rosas da rainha Santa Isabel e pelas oportunidades de experiências pessoais, acadêmicas, culturais e gastronômicas inesquecíveis. Também aos bons amigos que “trouxe” de lá: Natália Ruela, Marina Mello, Marina Branco, Patrícia Ferreira, Francisco Freitas, Acácio Machado, Maria José Carvalho, Ana Sofia Correia, Guilherme Gonzaga, Sara Cruz e um agradecimento especial e afável ao professor Dr. João Arriscado Nunes e a todos os colegas do Centro de Estudos Sociais.

Ao Espírito Santo, minha terra natal, agradeço pelas oportunidades do retorno saudoso, pelo carinho de meus familiares, amigos, pela alegria entusiasmante de Nikita e Charlotte e, especialmente, pela acolhida dos amigos da Universidade Federal do Espírito Santo e do Laboratório de Projetos em Saúde Coletiva. Serei eternamente grata pelas oportunidades e parcerias proporcionadas pelos professores Dr. Adauto Emmerich e Dr. Edson Theodoro dos Santos Neto e pela professora Carolina Dutra DegliEsposti, minha amiga de longa data.

À Tatiana Breder Emerich, minha amiga e parceira de pesquisa nas “Doenças Midiaticamente Negligenciadas”, gratidão pela confiança e pela companhia em todos os desafios de nossa formação. Também agradeço às “minhas meninas” da Iniciação Científica, companheiras importantíssimas nesse estudo: Flávia França, Tainara Santos, Heloísa Prado, Thalita Mascarello e Lezimara Andrade. À Micheli Nacif e ao Sérgio Brito, obrigada pelas interlocuções e pelos muitos papos que ainda renderão nossa militância na Comunicação e Saúde.

Aos queridos amigos de infância, de hoje e sempre, muitíssimo obrigada pela paciência, apreço e companheirismo. À Giselle Coimbra e toda sua (nossa) família, Fabiana Franco, Fabiana Gasparetto, Mariana Perinni, Renan Valiatti, Linn Quemelli, Gláucia Justo, Lícia Pacheco, Daniela Matta, Wanessa Scárdua, Marlon Meleipe e a todas as pessoas especiais que estiveram presentes em minha vida durante esses quatro anos, deixo meus sinceros agradecimentos pelo apoio.

Finalmente, agradeço a Deus pela saúde, determinação e por todas as oportunidades de aprendizado concedidas.

“Mude, mas mude devagar. Porque a direção é mais importante que a velocidade”.

Clarisse Lispector

RESUMO

A saúde ocupa espaços cada vez mais amplos nos meios de comunicação. Porém, os critérios envolvidos na noticiabilidade dos temas mais veiculados acatam a lógica jornalística, não raro desarticulada de demandas essenciais de saúde dos indivíduos mais vulneráveis. Assim, esta tese objetivou analisar as Doenças Midiaticamente Negligenciadas (DMN), por meio da descrição e problematização das condições de menor apelo político-midiático, no cenário do estado do Espírito Santo (ES) e de Portugal. Dessa maneira, a pesquisa, primeiramente, retratou o “valor-saúde” para o ES, através de levantamentos nos Sistemas de Informação em Saúde e nas Políticas estaduais sobre as principais causas de morbidade e mortalidade local. Paralelamente, realizou-se uma análise documental, a partir do levantamento da cobertura midiática sobre saúde entre o período de janeiro de 2011 a dezembro de 2012, nos dois principais jornais do estado. Logo após, foram identificadas e analisadas as DMN. No cenário de Portugal, por sua vez, realizou-se um estudo de caso no qual se analisou o espaço alcançado no periódico "Público" pelos temas de saúde relevantes ao contexto lusitano, e a identificação dos “Temas Midiaticamente Negligenciados”. Os resultados evidenciaram as condições mórbidas idealmente prioritárias (“valor-saúde”) na pauta midiática do ES: doenças isquêmicas do coração, cerebrovasculares, pneumonia, neoplasias, tuberculose, hanseníase, esquistossomose e dengue. Destaca-se doenças relacionadas às condições socio sanitárias precárias, além da mortalidade infantil e materna, sífilis em gestantes, AIDS, diabetes e coqueluche. Dessas patologias, foram classificadas como DMN as doenças relacionadas à pobreza, como a tuberculose, hanseníase e esquistossomose, além de coqueluche, meningite, algumas neoplasias, afecções respiratórias, doenças isquêmicas do coração e cerebrovasculares. O estudo de caso português revelou que os temas de saúde mais recorrentes na mídia lusa se referem às Políticas e à Economia da saúde e medicamentos. Foram identificados como Temas Midiaticamente Negligenciados as doenças transmissíveis, a saúde mental, o suicídio, as enfermidades e consequências sociais da crise econômica, as doenças negligenciadas e as doenças raras. Almeja-se que os distintos problemas de saúde identificados como midiaticamente negligenciados nos dois espaços entrem nas agendas públicas e passem a ser reconhecidos como demandas legítimas.

Palavras-chave: Comunicação em saúde; Saúde pública; Indicadores de morbimortalidade; Meios de comunicação de massa; Epidemiologia.

ABSTRACT

Health occupies increasingly large spaces in the media. However, the criteria involved in the newsworthiness of the themes most shown by the media heed the journalistic logic, often disjointed of essential demands of health of the most vulnerable. Thus, this Thesis aimed to analyze the Diseases Neglected by the Media (DNM), through the description and problematization of the conditions of lower political and media appeal, in the scenario of Espírito Santo (ES) and Portugal. So, research, first, depicts the "health-value" for the ES, through surveys in Health Policies and Health Information Systems on the main causes of morbidity and mortality in ES. At the same time, a documental analysis was performed, based on a survey of media coverage of health since January 2011 to December 2012, the two main state newspapers. Right after, the DNM were identified and analyzed - conditions of high relevance in health and little media coverage. In Portugal, a case study was conducted in which analyzed the space achieved in the journal "Publico" by relevant health issues to the Lusitanian context, and the identification of " Themes Neglected by the Midia ". The results showed ideally priority morbid conditions in the media agenda of ES ("health-value"), such as: ischemic heart diseases, cerebrovascular diseases, pneumonia, cancer, tuberculosis, hanseniasis, schistosomiasis and dengue. Highlights the persistence of diseases related to poor socio-sanitary conditions, in addition to child and maternal mortality, syphilis in pregnant women, AIDS, diabetes and pertussis. The DNM were: diseases related to poverty, such as tuberculosis, hanseniasis, schistosomiasis, pertussis, meningitis, some kind of cancers, respiratory diseases, ischemic heart disease and cerebrovascular. The Portuguese case study shows that the recurrent themes associated to health was related to the Politics and Economics of health and medicines. It was identified as "Themes Neglected by the Media" the communicable diseases, mental health, suicide, infirmities and consequences associated to the economic and social crisis, the neglected diseases and rare diseases. We aim that the different health problems identified as neglected by media entering in public agendas and come to be recognized as legitimate demands.

Key-Words: Health Communication; Public Health; Indicators of Morbidity and Mortality; Mass media; Epidemiology.

Sumário

1	APRESENTAÇÃO	12
2	INTRODUÇÃO	14
3	CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS	16
3.1	COMUNICAÇÃO SOCIAL E <i>MEDIA</i>	16
3.1.1	Mídia Impressa.....	16
3.2	A CONSTRUÇÃO DAS NOTÍCIAS.....	18
3.3	TEORIA DO AGENDAMENTO (AGENDA-SETTING).....	21
3.3.1	Hierarquização.....	21
3.3.2	Algumas limitações da Teoria do Agendamento.....	22
3.4	ENQUADRAMENTOS (FRAMING)	22
3.5	COMUNICAÇÃO E SAÚDE.....	24
3.5.1	A saúde na mídia.....	25
3.6	DOENÇAS MIDIATICAMENTE NEGLIGENCIADAS.....	28
3.7	O ESTADO DO ESPÍRITO SANTO (ES)	36
3.7.1	Características sócio-demográficas: um retrato do estado.....	36
3.7.2	A questão da pobreza e as necessidades de saúde.....	37
3.7.3	Saúde e Doenças Negligenciadas.....	39
4	JUSTIFICATIVA.....	51
5	OBJETIVOS.....	52
5.1	OBJETIVO GERAL	52
5.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	52
6	CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS	53
6.1	LOCAL E PERÍODO DE ESTUDO	53
6.1.1	Etapa I: ANÁLISE DOS INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS – CONSTRUÇÃO DO “VALOR-SAÚDE”	53
6.1.2	Etapa II: ANÁLISE DA COBERTURA MIDIÁTICA.....	55
6.1.3	Etapa III: IDENTIFICAÇÃO DAS “DOENÇAS MIDIATICAMENTE NEGLIGENCIADAS”	57
6.2	ESTUDO DE CASO	57
6.3	QUESTÕES ÉTICAS	58
7	RESULTADOS E DISCUSSÃO	59
7.1	ARTIGO 1:.....	59
7.2	ARTIGO 2:	63
7.3	ARTIGO 3:.....	83
7.4	ARTIGO 4:.....	109
7.5	ARTIGO 5:	134
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	156
9	REFERÊNCIAS.....	159
	ANEXO 1	165

ANEXO 2	170
ANEXO 3	171
ANEXO 4	172
ANEXO 5	173
APÊNDICE 1	174
APÊNDICE 2	176

LISTA DE ILUSTRAÇÕES, TABELAS, QUADROS E FIGURAS

Figura 1 - Ciclo financiamento-mídia:.....	31
Figura 2 - Incidência da pobreza por municípios (ES, 2010).....	39
Figura 3 - Incidência da tuberculose por 100 mil habitantes (ES, 2010).....	41
Figura 4 - Coeficiente de detecção de Hanseníase por 100 mil habitantes (ES, 2010). ..	43
Figura 5 - Incidência de esquistossomose por 100 mil habitantes (ES, 2010).....	45
Figura 6 - Incidência de Leishmaniose Tegumentar por 100 mil habitantes (ES, 2010). ..	47
Figura 7 - Índice de Vulnerabilidade para ocorrência de dengue (ES, 2010). ..	48
Tabela1 - Artigos encontrados em cada periódico.....	34
Tabela 2 - Mortalidade proporcional segundo as principais causas da CID-10 e faixa etária (ES, 2010).....	50

Artigo 3

Tabela 1 - Doenças citadas nos documentos sobre prioridades políticas no Estado do Espírito Santo, 2011-2013.....	92
Tabela 2 - Principais causas de Mortalidade. Espírito Santo – Brasil, 2011-2012.....	93
Tabela 3 - Causas de Internação Hospitalar mais frequentes. Espírito Santo- Brasil, 2011-2012.....	94
Tabela 4 - Doenças de notificação compulsória mais frequentes. Espírito Santo- Brasil 2011-2012.....	95
Tabela 5 - ‘Valor-saúde’ para o Estado do Espírito Santo- Brasil, 2011-2012.....	96

Artigo 4

Tabela 1 - Doenças mais noticiadas nos jornais <i>A Tribuna</i> e <i>A Gazeta</i> conforme a Classificação Internacional das Doenças (CID-10). Espírito Santo, 2011-2012.....	115
Tabela 2 - ‘Valor-saúde’ conforme a Classificação Internacional das Doenças (CID-10) para o Estado do Espírito Santo. Brasil, 2011-2012.....	116
Tabela 3 - Doenças prioritárias (valor-saúde) noticiadas nos jornais <i>A Tribuna</i> e <i>A Gazeta</i> conforme a Classificação Internacional das Doenças (CID-10). Espírito Santo, 2011-2012.....	117
Tabela 4 - “Doenças Midiaticamente Negligenciadas”: patologias prioritárias (valor-saúde) pouco abordadas nos jornais <i>A Tribuna</i> e <i>A Gazeta</i> conforme a Classificação Internacional das Doenças (CID-10). Espírito Santo, 2011-2012.....	118

Artigo 5

Tabela 1 - Temáticas de saúde veiculadas no Jornal <i>Público</i> no período de 01 de maio de 2013 a 31 de julho de 2013.....	141
Quadro 1 - Categorias analíticas baseadas na Análise de Conteúdo das entrevistas, Portugal -2013.....	143
Quadro 2 - Triangulação dos resultados: temas recorrentes de saúde no <i>Público</i> em comparação com as dez principais causas de Mortalidade Prematura e as percepções dos atores-chave sobre temas recorrentes na mídia.....	144

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

AVC - Acidente Vascular Cerebral

CES- Centro de Estudos Sociais

CID - Classificação Internacional de Doenças

DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

DMN - Doenças Midiaticamente Negligenciadas

ENSP - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

ES - Espírito Santo

FAPES- Fundação de Amparo à Pesquisa do Espírito Santo

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz

LV - Leishmaniose Visceral

NTD - Neglected Tropical Diseases

PDR - Plano Diretor de Regionalização

PES - Plano Estadual de Saúde

PPSUS - Programa Pesquisa para o SUS

SESA - Secretaria Estadual de Saúde

SIH-SUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS

SIM- Sistema de Informação de Mortalidade

SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SUS- Sistema Único de Saúde

TB - Tuberculose

TICs -Tecnologias de Informação e Comunicação

UFES - Universidade Federal do Espírito Santo

1 APRESENTAÇÃO

Este estudo nasce de inquietações políticas, sociais e pessoais, amadurece em parcerias e diálogos e culmina na apresentação da presente Tese, com algumas respostas e ainda muitas perguntas que nos desafiam. Diante do encantamento e afinidade com o campo da Comunicação e Saúde e dos questionamentos em relação às (in)visibilidades midiáticas, propomos o estudo de critérios de relevância midiática para a saúde, o que cunhamos de “valor-saúde” e das “Doenças Midiaticamente Negligenciadas” (DMN).

O interesse pelo campo da Comunicação e Saúde iniciou-se no Mestrado em Saúde Coletiva, cursado na Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), no qual estudei a divulgação midiática da saúde bucal no estado do ES. A partir dessa experiência, em que estive mergulhada na leitura dos periódicos locais, intriguei-me com o descompasso da valorização midiática da saúde em relação ao contexto de saúde estadual. Assim, incitou-me o desejo de ir além da perspectiva da saúde bucal e avançar na pesquisa em Comunicação e Saúde.

O compartilhamento de inquietações sobre a temática com o professor Dr. Paulo Roberto Vasconcellos-Silva permitiu-me a orientação no Doutorado em Saúde Pública, na Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP-FIOCRUZ. Durante o curso, surgiram as aproximações com o grupo de pesquisa “Laboratório de Projetos em Saúde Coletiva”, da Universidade Federal do Espírito Santo, no qual fui muito bem (re)acolhida no desenvolvimento de parcerias para o projeto de Doutorado. De tais parcerias, frutificaram o financiamento para a pesquisa, contemplado pelo Edital da Fundação de Amparo à Pesquisa no Espírito Santo FAPES/CNPq/MS-Decit/SESA nº 10/2013-Pesquisa para o SUS (PPSUS). Desta forma, essa Tese é fruto de interlocuções com os professores e alunos da ENSP/FIOCRUZ, do Laboratório de Comunicação e Saúde-LACES/ICICT/FIOCRUZ e da UFES. Contamos, hoje, com uma equipe de cinco professores doutores, uma mestrande da UFES, uma doutoranda da ENSP e cinco alunas de Iniciação Científica da UFES.

Além disso, a oportunidade de cursar o Doutorado Sanduíche no Centro de Estudos Sociais (CES) da Universidade de Coimbra, sob a orientação do professor Dr. João Arriscado Nunes, além de permitir o aprimoramento teórico e a ampliação da perspectiva crítico-analítica da pesquisa, expandiu o estudo das DMN para a pesquisa

dos Temas Midiaticamente Negligenciados no contexto luso, que apresentamos na tese no formato de um artigo.

Sendo assim, trata-se de um projeto de pesquisa interdisciplinar e com parcerias interinstitucionais, que tem nos permitido a idealização e desenvolvimento de um convênio entre a UFES e a FIOCRUZ, e a organização de um grupo de pesquisa, que visa agregar múltiplas discussões e olhares em torno da Comunicação e Saúde. Apresento, portanto, esta Tese de Doutorado, como o primeiro passo em direção ao debate das Doenças Midiaticamente Negligenciadas.

2 INTRODUÇÃO

A frequente noticiabilidade das questões de saúde na mídia obedecem à lógica jornalística e de Mercado, que, na maioria das vezes, se distanciam dos interesses e necessidades de saúde da população. Entende-se que a visibilidade midiática potencializa o desenvolvimento de círculos de atenção social, podendo exaltar certos problemas de saúde e promover o agendamento de debates públicos sobre os mesmos, ou, de maneira inversa, perpetuar o desinteresse coletivo a respeito de outros temas, devido à sua precária visibilidade e sustentabilidade política. Tal descompasso nos incita a estudar as “Doenças Midiaticamente Negligenciadas”, ou seja, as patologias que apresentam uma pequena exposição frente à sua relevância social e em saúde.

Cientes de que a discussão proposta constrói-se na tensão entre dois campos - microcosmo dotado de leis próprias¹- o da Comunicação e o da Saúde, buscamos nos orientar pela proposta teórica do campo da “Comunicação e Saúde”, defendido por Araújo e Cardoso (2007)², o qual conforma-se na interface destes, apontando, entretanto, para uma reflexão que vai além dos saberes próprios de cada um, perpassando o conhecimento das Ciências Sociais e Humanas, da Saúde Coletiva, da Educação em Saúde, das Ciências e Tecnologias da Informação, dentre outros. Sendo assim, nossa pesquisa almeja problematizar as possibilidades de se pensar novas conexões entre a saúde e a mídia.

Dessa maneira, apresenta-se o estudo dos principais problemas de saúde do estado do Espírito Santo, na perspectiva da análise dos indicadores epidemiológicos, em contraposição à pesquisa das pautas de saúde veiculadas nos dois principais periódicos de circulação estadual, a fim de comparar o que é noticiado em saúde com as demandas destacadas pelo panorama epidemiológico, analisando as zonas de confluência e, sobretudo, de exclusão, aqui categorizadas como Doenças Midiaticamente Negligenciadas. Além disso, realizou-se um estudo de caso, no âmbito do doutorado sanduíche, que analisou o espaço alcançado no periódico “Público” pelos temas de saúde relevantes ao contexto lusitano, no período de maio a julho de 2013, e a identificação, a partir de entrevistas com atores-chave locais, dos “Temas Midiaticamente Negligenciados” em Portugal.

Diante da multiplicidade de aportes que subsidiam a lógica que conforma o objeto de estudo destacado, a presente Tese apresenta, em seu referencial teórico, os

principais conceitos da Comunicação Social, que usualmente orientam a análise midiática. Apresenta também as concepções teóricas da “Comunicação e Saúde”, bem como as principais ideias norteadoras na construção do conceito de “Doenças Midiaticamente Negligenciadas”. Além disso, descreve um panorama sócio-político e jornalístico do Espírito Santo, campo de estudo em questão, bem como um levantamento prévio das principais características e questões de saúde, apontadas pelas autoridades de monitoramento epidemiológico. Os resultados e discussões são apresentados na forma de cinco artigos, sendo dois teóricos – os quais irão aprofundar a problematização teórica do objeto – e três constituídos pelo desenvolvimento empírico da pesquisa.

As propostas metodológicas indicadas visam alcançar uma análise coerente de produtos derivados de processos distintos (notícias de jornal e indicadores epidemiológicos), a fim de apresentar discussões e constructos pertinentes à Saúde Coletiva – “valor-saúde” e “Doenças Midiaticamente Negligenciadas”. Assumimos, portanto, que a diversidade metodológica é uma prática científica legítima, que se torna enriquecedora no contexto dos estudos de fronteiras de territórios conjugados que ora se tencionam.

Sendo assim, entendemos que a escolha metodológica em si exclui diversas outras possibilidades de se analisar o objeto de estudo. Pequenas mudanças de foco exporiam diversas outras demandas que “entrariam em cena”. Concordamos com a assertiva de Law (2004)³ de que “a aparência de representação direta é o efeito de um processo de cuidadoso apagamento”. Em síntese, buscamos uma maneira, dentre tantas outras possíveis, de se problematizar o descompasso e as potencialidades da relação mídia e saúde, e sua relevância para a Saúde Pública, assumindo limitações, mas também explorando as potencialidades que nos pareceram mais enriquecedoras.

3 CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS

3.1 COMUNICAÇÃO SOCIAL E *MEDIA*

Entende-se por Comunicação social quando uma mensagem é desenvolvida para grupos heterogêneos de pessoas, conhecida também como comunicação de massa. Já o conceito de *media* remete à noção de intermediário, representando os dispositivos tecnológicos que transmitem mensagens e permitem a sua difusão. São intermediários entre um ou mais emissores e receptores, sendo considerado *mass media* (meios de comunicação de massa) quando difundem mensagens para seus receptores em uma escala ampliada de alcance social⁴.

O conceito de meios de comunicação de massa é controverso, pois se, por um lado, os *media* podem ser considerados como agentes de massificação, por outro os receptores podem ser considerados como uma massa homogênea, não dando conta da autonomia perceptiva e interpretativa ao nível do indivíduo. Nesse caso, Sousa (2006)⁴ propõe uma denominação atenuada para o conceito: meios de comunicação social ou somente *media* (mídia, no Brasil), categorização que será adotada daqui para frente no presente estudo.

3.1.1 *Mídia Impressa*

A comunicação em sociedade se radica na capacidade humana da linguagem para partilha intersubjetiva de sentidos e estados ambientais, sociais e individuais. Porém, foi apenas com a passagem da linguagem oral à escrita que se tornou possível expandir seu alcance no tempo e espaço. A escrita constitui, assim, um dos alicerces dos processos de comunicação social⁴.

A invenção da tipografia com caracteres metálicos móveis por Gutenberg (1440) possibilitou o surgimento de jornais e livros impressos, muito mais baratos que os pergaminhos e livros manuscritos, levando à primeira grande onda de ampliação de conteúdos e a circulação de informações e ideias⁵. Alguns séculos após, livros, jornais e revistas transformaram a civilização e a esfera pública, promoveram a educação e o interesse pelo mundo e iniciaram a democratização da cultura. Outros meios impressos secundários, como o cartaz e as folhas volantes contribuíram para a expansão da

publicidade e da propaganda assim como, para a circulação de conteúdos ligados ao comércio e à política⁴.

A expressão “imprensa” pode ter diversos significados, podendo designar os meios jornalísticos, a tipografia e o conjunto das publicações impressas. Sua grande vantagem, de acordo com Sousa (2006),⁴ é permitir ao receptor o controle da exposição à mensagem (leitura, recapitulação). Além disso, o jornal encerra em si um valor documental, propiciando o acesso e a recuperação de informações históricas e a realização de pesquisas documentais, como o campo de estudos do presente projeto.

O aspecto dos jornais impressos sofreu modificações ao longo do tempo. Inicialmente possuíam dimensões de livros, eram paginados coluna a coluna, verticalmente, e as notícias misturavam-se. Em seguida, a dimensão das páginas foi aumentando e agrupavam-se as notícias tematicamente, dando origem à segmentação da informação em seções próprias, assim como se dá nos dias de hoje. Gradualmente, novos métodos de impressão permitiram a introdução de novas maneiras de apresentar a informação, como o design horizontal, a inserção de manchetes e o melhor aproveitamento de fotografias⁴.

Com o advento de tecnologias de editoração a partir da segunda metade do século XX e, mais recentemente da informática no final do século XX, o design se moderniza, com uso frequente de infográficos e aproximação do modelo de jornalismo do modelo televisivo, “visual”, com muitas cores, imagens e menos palavras⁴.

Segundo Sousa (2006)⁴ existe uma variedade de tipos de jornais, que podem classificar-se quanto a:

- Periodicidade: diários, semanários, mensários, etc.
- Tamanho: tabloides (38 X 30cm) ou clássicos (Standart – entre 60 cm x 38 cm e 75 cm x 60 cm);
- Tipo de informação que fornecem: generalistas ou especializados, por um lado, populares (conhecidos como “tabloides”) ou de qualidade (jornais de referência ou de elite);
- Extensão geográfica de difusão: locais, regionais, nacionais e internacionais.

Acredita-se ser essencial para a proposta de uma análise midiática, o entendimento não só das características materiais do jornal, como também da lógica que permeia todo o processo de construção das notícias. Assim sendo, apresentamos as principais teorias que analisam esse processo.

3.2 A CONSTRUÇÃO DAS NOTÍCIAS

As notícias são resultado de um complexo processo de produção, que se inicia pela percepção, seleção e transformação de uma matéria-prima (acontecimentos) e resulta em um produto (notícias). Os acontecimentos constituem um universo enorme de matéria-prima. Todo jornal realiza assim, três processos interligados: a seleção do que irá ser tratado, a organização e a hierarquização das informações^{6,7}.

Diante da imprevisibilidade dos acontecimentos, as empresas jornalísticas colocam ordem no tempo e no espaço. Para isso, a teoria do *Newsmaking* observa as questões relacionadas aos emissores e processos produtivos da mídia. Essa abordagem articula-se, principalmente, dentro de dois limites: **a cultura profissional dos jornalistas**, conformada por retóricas, símbolos, representações de papéis, e convenções que traduzem as práticas profissionais assumidas como naturais; e **a organização do trabalho e dos processos produtivos**, as quais determinam a definição da notícia, a utilização de fontes, a seleção dos acontecimentos e as formas de apresentação^{8,9}. Essas atividades de seleção são, em essência, julgamentos. Ao selecionar, o jornalista julga se aquilo que se dispõe a reportar enquadra-se no seu conceito de notícia⁷. Estabelece-se, assim, um conjunto de critérios que definem a noticiabilidade dos acontecimentos, isto é, seu potencial para ser transformado em notícia^{8,9}.

Os valores-notícias podem ser considerados componentes estruturantes da noticiabilidade. Representam, portanto, regras práticas que abrangem um corpus de conhecimentos profissionais que implícita e explicitamente, explicam e guiam os procedimentos operativos redatoriais⁹. Entretanto, cabe ressaltar que esses critérios são, muitas vezes, difusos e contraditórios, servindo como guia mental para os jornalistas, porém, não o obrigam a escolhas únicas e irretocáveis⁴, até mesmo porque sabe-se que qualquer processo social está inserido em um contexto sócio-político e econômico que influencia todo essa estrutura redatorial e também, de recepção das matérias.

Traquina (2008)¹⁰ assim classifica tais critérios:

Valores-notícia de seleção, escala de valoração empregada na seleção de acontecimentos dignos de virarem notícia e subdivididos em critérios substantivos (avaliação direta do acontecimento) e critérios contextuais (referentes ao contexto de produção da notícia);

Valores-notícia de construção, os quais correspondem aos critérios de seleção dos elementos dentro do acontecimento dignos de serem incluídos na elaboração da notícia.

Os **critérios substantivos dos valores-notícia de seleção** correspondem a:

- a) **notoriedade** do ator principal do acontecimento;
- b) **morte** –ou eventos considerados catastróficos, trágicos ou abomináveis, ou seja, as "más notícias" são as "boas notícias";
- c) **proximidade geográfica e cultural**– notícias locais e nacionais recebem maior destaque que aquelas de lugares mais distantes;
- d) **relevância**- capacidade do acontecimento incidir ou ter impacto direto sobre o cotidiano das pessoas;
- e) **novidade**– o que há de novo e relevante que acontece pela primeira vez;
- f) **tempo**– tanto no sentido de atualidade, quanto no sentido de um acontecimento já transformado em notícia, mas que serve de gancho (*“News peg”*) para outro acontecimento ligado à esse assunto. Por exemplo, aniversário de morte, datas comemorativas (Dias das crianças, Dia Mundial da Tuberculose, Dia mundial de combate à Aids, etc.);
- g) **notabilidade**– qualidade de ser visível e tangível. Valoriza situações com o maior número de pessoas envolvidas, insólitas, com lógica invertida (exemplo típico do homem que morde o cão), assim como as falhas, acidentes e o excesso e a escassez de algo (chuvas, por exemplo). Denuncia a maior preocupação com coberturas de acontecimentos e não de problemáticas persistentes, mesmo que iníquas ou inaceitáveis para a opinião pública;
- h) **inesperado**– aquilo que surpreende a expectativa da comunidade jornalística e o público alvo.
- i) **conflito ou controvérsia** – quebra de normalidade, violência física ou simbólica;
- j) **infração**– violação, transgressão flagrante da regra;

k) escândalo.

Já os **critérios contextuais dos valores-notícia de seleção** são:

- a) disponibilidade** – facilidade de se fazer a cobertura do acontecimento;
- b) equilíbrio** – quantidade de notícia sobre o acontecimento já existe ou que existiu há pouco tempo;
- c) visualidade**– presença de elementos visuais como fotografias ou filmes;
- d) concorrência**– busca do “furo jornalístico”;
- e) dia noticioso** – há dias ricos em notícias e dias pobres em notícia. Dependendo da quantidade de notícias em concorrência com aquele acontecimento que se determina a priorização dos assuntos.

Os **valores- notícias de construção** são:

- a) simplificação**- quanto mais o acontecimento é desprovido de ambiguidade e complexidade, mais possibilidades a notícia tem de ser notada e compreendida;
- b) amplificação**– quanto mais amplificado é o acontecimento, maior a possibilidade de ser notado;
- c) relevância**- capacidade de tornar o acontecimento relevante para as pessoas;
- d) personalização** – valorizar as pessoas envolvidas no acontecimento, acentuar o “fator pessoa”;
- e) dramatização**– reforço dos aspectos mais críticos, do lado emocional, da natureza conflitual;
- f) consonância**– interpretação da notícia em um contexto conhecido.

É importante destacar que apesar de os valores-notícia fazerem parte da cultura jornalística e serem partilhados por seus membros, a política editorial da empresa jornalística pode influenciar no processo de seleção dos acontecimentos. Por exemplo, a disposição de recursos e a existência de editorias, suplementos e seções específicas de determinadas áreas (saúde, economia, etc) determinam a publicação das mesmas nos produtos jornalísticos¹⁰. Aliado a isso, há as expectativas exploradas e as não exploradas

da audiência. Segundo Guerra (2014)¹¹ existe um conjunto de expectativas da audiência ainda não satisfeita, ou parcialmente satisfeitas, de maneira a representar valores-notícia potenciais, ou seja, uma margem de crescimento e de renovação dos padrões jornalísticos vigentes.

3.3 TEORIA DO AGENDAMENTO (AGENDA-SETTING)

Elaborada por McCombs e Shaw (1972) a Teoria do Agendamento (ou Agenda-setting) propõe que os meios de comunicação têm a capacidade (não intencional nem exclusiva) de pautar na sociedade temas que são objetos de debate público em cada momento⁴. Sendo assim, a mídia pode não dizer às pessoas como pensar sobre determinados assuntos, mas são bem sucedidas ao dizê-las no que pensar⁹.

É evidente o papel central assumido pela mídia na vida das pessoas, principalmente nas sociedades capitalistas, onde diferentes e complexas realidades sociais coexistem. Dessa maneira, Wolf (1999)⁹ explica que quanto menor for a experiência direta do indivíduo em relação a um determinado assunto, maior será sua dependência da mídia para se possuir informações e opiniões referentes a esse tema.

Cabe ressaltar que a teoria do agendamento traz um impacto direto sobre os destinatários, que se configura em dois níveis: a “ordem do dia” dos assuntos e problemas presentes na agenda do *mass media* e a hierarquia de importância e prioridade desses assuntos de acordo com sua disposição nos meios⁹.

3.3.1 Hierarquização

Como já foi dito, além da capacidade de pautar os assuntos no dia-a-dia da população, a mídia pode influenciar a priorização dos temas de acordo com a sua disposição nos meios, levando em consideração o grau de evidência da noticiabilidade para o leitor. Assim, alguns critérios de hierarquização – parâmetros gráficos e de edição - são usualmente utilizados para valorização das matérias, como por exemplo: publicações em páginas ímpares; nas porções superior esquerda e inferior direita; nos finais de semana; com presença de elementos de edição como fotografias, box e infográficos e a matéria assinada^{12,13}.

A primeira página de um jornal diário é um exemplo representativo de como se dá a hierarquização das notícias. Nem todas as notícias do jornal vão para a primeira página, pois lá estarão apenas as que forem consideradas mais importantes pelos editores. Destas, geralmente apenas uma terá destaque especial e será a manchete do jornal, que hierarquicamente, é considerada a matéria mais importante. O uso de fotos, a largura dos títulos e a localização também indicam claramente a hierarquização⁷.

3.3.2 Algumas limitações da Teoria do Agendamento

Faz-se necessário também apresentar algumas limitações da teoria, como por exemplo, a possibilidade de a mesma subestimar a própria realidade, pois o valor do real pode sobrepor-se à influência da agenda da mídia na definição da agenda pública⁴. De modo análogo, entende-se que a reação pública a um determinado assunto pode fixar a agenda dos meios de comunicação, ou seja, a agenda do público influenciando a agenda da mídia. Este efeito do agendamento é também conhecido como *agenda-building*¹⁴.

Conforme nos lembra Sousa (2006)⁴, os próprios meios de comunicação também podem agendar uns aos outros. É o que ocorre, por exemplo, quando um telejornal pauta seu noticiário a partir de um jornal impresso ou quando os telejornais vespertinos veiculam os assuntos noticiados na imprensa matutina. Vale ressaltar que, embora a relevância que a comunicação social dá aos diferentes temas geralmente coincida com a importância que esses assuntos possuem na agenda pública, isso nem sempre acontece.

3.4 ENQUADRAMENTOS (FRAMING)

O conceito de enquadramento se relaciona aos ângulos de abordagem dados aos assuntos pautados pelos meios de comunicação. O *frame* representa a “moldura” a partir da qual um determinado tema é apresentado e, consequentemente, processado e discutido na esfera pública¹⁵.

Dessa maneira, o jornalista opta enquadrar um fato de uma determinada perspectiva e não de outra, enfocando assim parte da realidade em detrimento da outra. Assim, o framing seria como temos que pensar os temas já estabelecidos pela agenda¹⁶.

A importância dessa discussão de enquadramento noticioso está na problematização de um dos pilares da teoria do agendamento: os media podem

influenciar as pessoas não só sobre o que pensar, mas também sobre como pensar? A esse respeito, defende-se que os enquadramentos dados nos relatos jornalísticos influenciam a formação da corrente de opinião. Considera-se, dessa forma, que a mídia tem êxito em dizer às pessoas sobre o que pensar e como pensar. No entanto, ressalta que a sua influência depende dos indivíduos e de seu contexto de recepção, sendo maior sobre aqueles que mais necessitam da informação, que dominam menos os assuntos e que tem pouca experiência direta nos mesmos⁴.

Após apresentar os referenciais teóricos do estudo referentes à Comunicação Social, faz-se necessário entender a interface entre a Comunicação e a Saúde e os referenciais que conformam esse novo campo.

3.5 COMUNICAÇÃO E SAÚDE

O campo da comunicação e saúde é entendido como um espaço de múltiplas dimensões formado por história, teorias, metodologias, tecnologias, atores, instituições, políticas, práticas, agendas, interesses e as relações de poder e disputa de sentidos¹⁷. É considerado um novo campo do conhecimento, com conformação própria e que nasce no espaço de intersecção entre a comunicação e a saúde, significando, no entanto, muito mais do que a mera sinergia entre dois campos isolados, cada uma com seus princípios e saberes¹⁸. Abrange os estudos da comunicação interpessoal (profissional-paciente) de campanhas de saúde, de comunicação de massa, novas mídias, dentre outras áreas de interface educação, comunicação e saúde. Adotaremos, em nosso estudo, a concepção teórica e política defendida por Araújo e Cardoso (2007)² do campo “comunicação e saúde”, ao invés das formas “comunicação em saúde”, “comunicação para a saúde” ou “comunicação na saúde”, usualmente encontradas em trabalhos científicos e em instituições de saúde, as quais refletem, muitas vezes, uma visão instrumental da comunicação, a serviço dos objetivos da saúde.

As práticas de comunicação estiveram associadas à Saúde Coletiva desde as primeiras políticas públicas de saúde, entre 1900 e 1920, com caráter coercitivo e práticas médico sanitárias de convencimento da população². Entretanto, como campo científico e objeto de pesquisa, se desenvolve a partir da década de 90, no contexto da Reforma Sanitária brasileira. A Comunicação e Saúde passa a ser objeto de reflexão e crítica nos espaços acadêmicos e dos serviços em saúde, constituindo um novo e promissor campo do conhecimento¹⁹.

De acordo com o *Health promotion glossary* a expressão “*health communication*” designaria atividades de comunicação interpessoal e de massa direcionadas para a melhoria do estado de saúde de indivíduos e populações, podendo envolver a integração de comunicação de massa e multimídia com formas locais e tradicionais de comunicação²⁰. Porém não teria, como no passado, a função de obter o apoio da comunidade para alcançar objetivos pré-determinados, mas sim, torna-se um elemento importante para “empoderamento” de indivíduos e comunidades. A este propósito, Buss (1999)²¹ corrobora ao considerar que a informação, a educação e a comunicação inter-pessoal, assim como a comunicação de massas, através das diversas mídias, são ferramentas importantes da promoção da saúde de indivíduos e da

comunidade. De modo análogo, Epstein (2001)²² situa a comunicação como um verdadeiro insumo nos sistemas de saúde, assim como os serviços assistenciais, e acrescenta que uma informação adequada, cognitiva e emocional pode reduzir sensivelmente os custos da prevenção e tratamento das enfermidades.

No entanto, há que se ressaltar que não se pode pensar a comunicação e saúde como uma divulgação ou uma transmissão verticalizada de “saberes” de saúde através de estratégias persuasivas, que posicionam a população como meros receptores da comunicação institucional, seres acríticos e homogêneos. Deve-se prezar, minimamente, por estabelecer um debate público sobre temas de interesse e garantir à sociedade informações relevantes para a ampliação de sua participação cidadã nas políticas de saúde². As autoras sugerem ainda a expressão “apoderamento” ao invés do usual e controverso “empoderamento” dos atores sociais para exercício de seu poder cidadão, instigando que a comunicação está no cerne das relações de poder, sendo dela constitutiva e, portanto, quem concentra a comunicação, concentra o poder. Assim sendo, os indivíduos tem visibilidade e adquirem poder ao se apropriarem, se **apoderarem** dos meios de produção, dos canais de circulação, dos lugares de fala, das políticas e dos conteúdos circulantes na comunicação e saúde².

Paralelamente, deve-se considerar que o modo como as pessoas constituem seus saberes sobre saúde não está centrado apenas na mídia, mas no modo como articulam os discursos midiáticos com os discursos circulantes por outras vias, como escolas, unidades e agentes de saúde, família, amigos, vizinhos, etc². Entretanto, entender como a saúde se apresenta na mídia é essencial para compreender como se desenvolvem os círculos de atenção social nesses espaços.

3.5.1 A saúde na mídia

A relação entre mídia e saúde tem sido intensa e multifacetada, despertando o interesse de pesquisadores da área de Saúde Coletiva de diversos centros de pesquisas no Brasil e no mundo^{23,24,25,26,27,28}. Essa relação representa, de um lado (mais conflituoso), um espaço de disseminação de discursos que muitas vezes se antagonizam com os das instituições de saúde pública. De outro, como única possibilidade de comunicação mais abrangente e rápida, sendo espaço de circulação de muitas mensagens produzidas pela saúde, como campanhas, por exemplo. De um terceiro,

como lugar de embates pelo poder simbólico, ou de estratégias nesse mesmo embate, que se determina e se desdobra em distintos espaços².

Faria (2004)²⁹ afirma que nos últimos anos os meios de comunicação passaram a assumir uma função educacional, protagonizando um papel que, até pouco tempo, era exclusivo de instituições como a família, a escola e a igreja. Atualmente, os meios de comunicação exercem forte influência na sociedade e na cultura, evidenciados pelo poder da mídia em informar em larga escala. É certo que a qualidade da informação prestada, a forma e o momento em que se veicula a notícia possuem significados diferentes e podem colaborar para o esclarecimento e mobilização popular ou, ao contrário, para a confusão e alarmismo reativo³⁰.

Neste contexto, a informação jornalística possui suma importância para suprir a necessidade social da informação, uma vez que grande parte dos conhecimentos indispensáveis para a vida, como por exemplo, as informações em saúde pública, chegam aos cidadãos de forma mediada³¹. O direito à informação representa um direito que fomenta o exercício da cidadania e assegura aos sujeitos condições de igualização, oferecendo visibilidade ao poder e ao mundo. Todavia, a tarefa de construção da cidadania não representa uma qualidade intrínseca do jornalismo e sim de uma prática jornalística consciente. Logo, o jornalismo só coopera de fato na formação do cidadão, se promover a reflexão e o pensar-por-si, característicos da verdadeira educação¹⁸.

A comunicação em saúde também é um espectro relevante de divulgação científica, amplamente valorizada, ao se levar em conta o espaço e tempo a ela dedicado pelos meios de comunicação social, entre elas a grande imprensa, a qual representa importante veículo de divulgação de informações de saúde para parcelas significativas da população^{32,33}.

Entretanto, segundo Castiel (2003)³⁴, tais informações em saúde veiculadas pela imprensa, comumente possuem sinais de ambiguidade. De um lado, apresentam promessas de previsibilidade e controle carreadas por uma representação otimista dos avanços biotecnológicos. Por outro, enfatizam as “más notícias” quanto a perigos ordinários de descobertas de novos riscos apresentados por periódicos médicos e as possibilidades de efeitos adversos da biotecnologia. Ainda assim, ressalta o papel pedagógico e educador da mídia e dos profissionais do jornalismo, ao repetir narrativas e imagens que instituem juízos e modos de reagir diante de dilemas morais gerados pela

sociedade contemporânea e na influência de eventual adoção pública de medidas supostamente protetoras, mas sem garantia de eficácia.

Apesar de ter alguma frequência o espaço dedicado à saúde nos grandes jornais diários das grandes cidades, verifica-se que estes espaços usualmente são preenchidos com uma agenda cujos fatos contêm atributos dos “valores notícia” do jornalismo. Ao comparar esses atributos das matérias da agenda jornalística referentes à saúde com os atributos que determinariam matérias mais úteis à população em geral, principalmente a população mais carente, verifica-se um descompasso. O interesse jornalístico definido pelos “valores notícia” pode, algumas vezes, coincidir com as carências de informação da saúde da população, mas em muitos casos a agenda puramente jornalística pouco oferece nessa direção³⁵.

A partir dessas considerações, desenvolvemos a proposta de estudo das “Doenças Midiaticamente Negligenciadas”, as quais representam as condições com alta relevância, na perspectiva epidemiológica, porém com pequena cobertura midiática.

3.6 DOENÇAS MIDIATICAMENTE NEGLIGENCIADAS

As Doenças Midiaticamente Negligenciadas (DMNs) representam um objeto de estudo incipiente e potente para reflexões acerca da visibilidade e relevância em Saúde Coletiva, pensado a partir do questionamento sobre a falta de coerência entre os critérios que definem a divulgação midiática de algum assunto e os critérios que definem a relevância da divulgação das questões de saúde.

Na contemporaneidade, os acontecimentos são tecidos em um contexto de midiatização, no qual as mediações, enquanto práticas sociais, são afetadas por uma nova arquitetura comunicacional³⁶. Tal conceito de midiatização, estudado no Brasil por pesquisadores como Valdir Oliveira, Fausto Neto e Muniz Sodré, difere da conotação francesa adotada por Romeyer (2013, 2010, 2007)^{37,38,39}, uma vez que, em seus trabalhos sobre a midiatização da saúde e do câncer, a autora parece abordar tal conceito como sinônimo de cobertura ou divulgação na mídia. Em nosso trabalho, principalmente no que se refere aos artigos sobre o “valor-saúde” e as DMNs no ES, e a noticiabilidade da saúde em Portugal, prevalece a abordagem do conceito de midiatização a partir da perspectiva de Romeyer (2013, 2010, 2007)^{37,38,39}.

Além da midiatização, a visibilidade também é uma característica marcante dos tempos atuais, quando o contexto social, político e econômico mostra-se marcado pela cultura de dependência dos dispositivos de informação⁴⁰. Jornais, rádio, televisão, internet e, agora mais intensamente, as redes sociais, colocam em cena questões do dia-a-dia, pautando as discussões nos círculos sociais. Assim sendo, questionamos se o que não está em cena no palco das mídias realmente existe para a sociedade? Os indivíduos que almejam permanecerem atualizados se vêm, hoje em dia, diante uma superabundância de notícias em que, sua escolha precisa estar no nível da concorrência. Assim, não é mais suficiente que os acontecimentos sejam chamativos ou inusitados, mas devem causar uma sensação. Ou seja, tudo o que não está em condições de causar uma sensação tende a desaparecer sob o fluxo de informações⁴¹.

De acordo com Araújo et al. (2013)⁴⁰ assim como a visibilidade pode contribuir para reconhecimento das necessidades de saúde, a invisibilidade pode levar à negligência. Ou seja, diante do (re)conhecimento público de um determinado agravo através dos meios de comunicação, por exemplo, é mais provável que o mesmo se transforme em objeto de pesquisa e apareça nas estatísticas oficiais, motivando assim a

discussão de políticas públicas sobre suas questões. Além disso, os autores defendem que a invisibilidade repercute na saúde dos indivíduos também por inviabilizar a garantia de princípios do SUS. No caso do princípio da universalidade, por exemplo, sujeitos e doenças na condição de invisíveis midiaticamente não são levados em conta no planejamento das ações de saúde, não havendo, portanto, a garantia da saúde como direito de todos. Quanto à equidade, grupos não reconhecidos, talvez por não expressarem um mínimo peso político, dificilmente constituirão objetos de estudo, nem motivarão intervenções e implementação de ações para corrigirem iniquidades em saúde. Tampouco a integralidade pode ser vislumbrada, pois sem plena visibilidade não há como garantir necessidades específicas dos sujeitos, muito menos articular e atender suas demandas de saúde nos diversos níveis de complexidade do sistema⁴⁰.

É evidente que a visibilidade midiática por si só não garante o cuidado. Na posição oposta, a hipervisibilidade pode ser negativa e geradora de produtos midiáticos alarmistas^{40,42,30}. Entretanto, as decisões políticas em saúde não ocorrem em um vácuo sociopolítico, sendo o papel da mídia incontestável na influência da opinião pública no que se refere às questões de saúde pública e no provimento de informações para os formuladores de políticas⁴³. Portanto, enquanto a intensa cobertura tenderia a exaltar determinados problemas, a omissão de outros poderia contribuir para seu subdimensionamento político, exacerbando a negligência.

Nesse sentido, Pitta (2006)⁴⁴ defende que uma comunicação e informações de qualidade devem ter vínculo com a vida cotidiana do indivíduo, com a permanente busca de soluções para questões que determinam a existência dos próprios processos saúde-doença, sendo necessário ter sentido prático na busca de qualquer grupo social ou cidadão por uma melhor qualidade de vida e bem-estar. Sugere uma reflexão sobre os lugares de circulação das informações em saúde, que ultrapassam as fronteiras e os critérios de seletividade dos sistemas de informação governamentais e não-governamentais, sendo cotidianamente trazidas ao público segundo as lógicas de funcionamento e seletividade que operam na permanente construção de informações em Saúde e Ciência e Tecnologia nos meios de comunicação em geral.

É provável que os critérios para noticiabilidade das questões de saúde sejam meramente jornalísticos e a divulgação ou não de informações através de notícias tenha mais a ver com o mercado e suas particularidades do que com as necessidades de informação do receptor. Sendo assim, a produção dessas notícias são vinculadas à

qualidade do efêmero e transitório (uma epidemia, por exemplo), cessando assim que se encerre a tensão que o causou⁴⁵.

É certo que a discussão das “necessidade de saúde” (ou *reais necessidades de saúde*) de uma população perpassa o complexo e multifacetado entendimento do que seja saúde e problemas de saúde pública, amplamente discutido por diversos autores^{46,47,48}. Partimos de perspectivas mais relativizadoras, como em Camargo Jr. (2005)⁴⁹, que tais “problemas de saúde” não são objetos dados, que se oferecem passivamente à observação, mediante o emprego de técnicas adequadas. Entendemos que o processo de identificação de problemas de saúde trata-se de uma negociação complexa entre vários atores, cujos resultados são contingentes e instáveis ao longo do tempo. Entretanto, questões pragmáticas determinam a exequibilidade de uma pesquisa. Dessa maneira, propomos nesse estudo uma leitura sob lentes epidemiológicas dos problemas de saúde da população, sabidamente parcial, porém suficiente para uma primeira aproximação exploratória do objeto de estudo.

O estudo dos indicadores de saúde também é uma ferramenta importante para se analisar as necessidades de saúde de uma população. Trata-se de medidas que mensuram e avaliam os níveis de vida da população e identificam os principais problemas de saúde pública, norteados a elaboração de políticas e a avaliação da efetividade das ações de prevenção e assistência. São estabelecidos com estatísticas relativas a eventos vitais, à composição da estrutura populacional, à morbidade, a serviços e a ações de saúde^{50,51}. Os dados de mortalidade representam a principal fonte de dados para se conhecer o perfil epidemiológico de uma área, analisar tendências, indicar prioridades, avaliar programas, entre outras finalidades. Os indicadores de morbidade expressam a magnitude da ocorrência de doenças e agravos nas populações, também utilizados para a avaliação de serviços e programas de saúde. As evidências produzidas por esses indicadores devem servir de base para determinar grupos humanos com maiores necessidades de saúde, estratificar o risco epidemiológico e identificar áreas críticas, constituindo, assim, um insumo para o desenvolvimento de políticas e prioridades ajustadas às necessidades de saúde da população^{51,52,53}.

Em se tratando de visibilidade *versus* negligência midiática, o estudo de Hudacek et al. (2011)⁴³ aponta a relação entre a cobertura e o enquadramento dos assuntos de saúde na mídia e a sua proeminência ou obscurantismo no cenário mundial. De acordo com os autores, AIDS, tuberculose e malária atingem tanto adultos quanto

crianças, atraem grande atenção da mídia e concentram grande parte do financiamento global de saúde. Já as doenças pediátricas negligenciadas como a diarreia e pneumonia infantil e o sarampo atingem uma grande quantidade de pessoas e possuem um financiamento desproporcional. Tais pesquisadores investigaram a potencial relação entre a capacidade de agendamento da mídia e os níveis de financiamento no contexto da real carga de doenças por meio do levantamento de notícias sobre os temas “malária”, “HIV/AIDS”, “tuberculose”, “diarréia”, “pneumonia infantil” e “sarampo”, nas bases de dados *Google News Archive*, *Factiva* e *LexisNexis News*, no período de 1981 a 2008. Os resultados comprovaram que as doenças negligenciadas infantis de baixo financiamento (Lower Funded Diseases) são apresentadas de forma diferenciada na mídia quando comparadas com as doenças de alto financiamento (Global Fund Diseases), tanto quantitativamente (291.865 notícias contra 1.344.150 respectivamente) quanto qualitativamente, pois as primeiras são apresentadas sob um enquadramento moral e ético, enquanto as segundas são enquadradas a partir de argumentos sobre direitos humanos e justiça social⁴³.

A partir desses resultados, Hudacek et al. (2011)⁴³ propuseram um modelo teórico (Figura 1) para exemplificar essa relação entre cobertura midiática e financiamento das doenças, afirmando que ativismo e “advocacy” injetados em diferentes níveis deste ciclo pode influenciar tanto o financiamento quanto a cobertura midiática.

Funding Media Cycle



Figura 1 - Ciclo financiamento-mídia:
Relação proposta entre cobertura midiática e financiamento de doenças
Fonte: Hudacek et al. (2011)

Os autores explicam que embora seja difícil para qualquer estudo trazer à tona a relação entre os dois (lembrando que correlação não significa causalidade), o grau de correlação não é desprezível. Afirmam que *“também é evidente, a partir da mídia estudada, que uma proporção de artigos são relatos de novas iniciativas geradas por mais financiamentos, compatíveis com tal relação cíclica”* (Hudacek et al. 2011⁴³, p.7-8, tradução da autora).

Outra questão relevante é a divulgação das “Doenças Negligenciadas”, também conhecidas como Doenças Tropicais Negligenciadas (NTDs, sigla em inglês), as quais agregam às “tradicionais” negligências política, econômica e do mercado farmacêutico, a desatenção midiática. Tais moléstias (a maioria de origem parasitária) além de prevalecerem em condições de pobreza, contribuem para a manutenção e ampliação da desigualdade e entram o desenvolvimento dos países. No Brasil, as mais comuns são: doença de Chagas, dengue, esquistossomose, malária, leishmaniose, hanseníase, tuberculose, entre outras⁵⁴.

Apesar de um sexto da população mundial está infectada com uma ou mais NTDs, e de elas conceberem 12% da Carga Global de Doenças, essas doenças representam um dos maiores desafios para o cumprimento das metas de desenvolvimento do milênio⁵⁴. O baixo interesse da indústria farmacêutica – apenas 1% de todos os novos componentes químicos criados nos últimos 30 anos é direcionado às doenças negligenciadas - justificado pelo baixo potencial de retorno lucrativo determina a escassez de avanços terapêuticos nessa área⁵⁵. Assim, a população atingida, em sua grande maioria pobre e de países em desenvolvimento, se encontra privadas de novos fármacos, vacinas e métodos diagnósticos para essas enfermidades⁵⁴.

A complexa determinação da negligência dessas patologias incluem aspectos como a população atingida (pobre, em sua maioria), a desobrigação de notificação compulsória e não percepção das mesmas como problemas maiores de saúde pública, quando comparadas com HIV/AIDS, tuberculose e malária. A maioria delas não representa emergências epidemiológicas, e consequentemente, atraem menos atenção da mídia e do setor público. É interessante ressaltar que alguns autores acreditam que a malária e a tuberculose (classificadas como doenças negligenciadas) recebem maior atenção que as outras doenças infecciosas da pobreza, como a Leishmaniose,

Tripanossomíase Africana (Doenças do Sono), Doença de Chagas e doenças pediátricas, como pneumonia e diarreia infantil e Sarampo^{56,57,43}.

A esse propósito, Balasegaram et al. (2008)⁵⁷, realizou um estudo objetivando investigar, descrever e analisar a cobertura internacional das doenças negligenciadas - principalmente a Tripanossomíase africana, a Leishmaniose e a Doença de Chagas - no período de janeiro de 2003 a junho de 2007, a partir de arquivos de onze principais mídias internacionais e de entrevistas com jornalistas e informantes-chave. Foram encontradas 113 notícias nesse período sobre a temática, sem fortes tendências ou aumentos na cobertura. A doença mais citada foi a Leishmaniose e a menos coberta foi a Doença de Chagas (Tabela 1).

Tabela 1 - Artigos encontrados em cada periódico.

Media Organisation	Total # Articles	General	Leishmaniasis	Sleeping sickness	Chagas
BBC (online)	20	8	3	8	1
Financial Times	19	17	0	2	0
Agence France Presse	18	7	6	5	0
The Guardian	15	8	5	2	0
New York Times	14	4	6	1	3
Washington Post	8	5	1	0	2
Los Angeles Times	8	2	2	1	3
Time Magazine	4	2	1	0	1
The Economist	3	3	0	0	0
Daily Telegraph	3	0	2	1	0
CNN.com	1	0	1	0	0
Grand Total	113	56	27	20	10

Fonte: Balasegaram et al. (2008)⁵⁷

Nas entrevistas semi-estruturadas os jornalistas concordaram que as NTDs são assuntos importantes que não são adequadamente cobertos, mas com a ressalva de que as notícias devem ter alta noticiabilidade, ou seja, ser interessante para ser “noticiável” para que se possa divulgar. Alguns jornalistas que cobriram as NTDs afirmaram que muitas vezes o fizeram por motivação pessoal, e não por pautas definidas pelo seu jornal ou revista⁵⁷. Os principais obstáculos citados por esses jornalistas foram a falta de desenvolvimento real da notícia, a busca por alcançar a audiência doméstica e os interesses concorrentes de saúde. De acordo com um depoimento “pessoas pobres morrendo de alguma doença não é notícia, ao menos que haja alguma mudança ou desenvolvimento”. Já o HIV é amplamente divulgado “porque vende histórias”, e tem a atenção e o financiamento de políticos⁵⁷.

Tais questões apresentadas suscitam a discussão do valor-notícia das matérias de saúde. Na maioria das vezes as questões de saúde dizem respeito ao ordinário do dia-a-dia, de questões altamente relevantes para a saúde dos indivíduos, mas que não representam nenhum “furo” jornalístico. Entretanto entende-se que a divulgação midiática de questões de saúde relevantes para um determinado contexto é importante tanto para atrair engajamentos de novos atores sociais, investimentos em pesquisas e desenvolvimento de novos fármacos, quanto para pautar os assuntos no dia-a-dia da população de uma forma geral.

Sendo assim, concebemos que essa “atração” da mídia deveria ser baseada em critérios de relevância pública, e não apenas em questões inusitadas, espetaculares ou catastróficas, as quais usualmente se encaixariam nos valores-notícias midiáticos. A

partir dessa perspectiva, utilizaremos o “índice notícia-morte” como disparador dessa discussão em nossa pesquisa. Esse índice foi citado por Hans Rosling em um vídeo no Youtube (<http://www.youtube.com/watch?v=V8bUtbODV-Q>, acesso em 20 de fevereiro de 2015) e debatido por Peter Allebeck, em um editorial do número temático sobre a H1N1 da revista *European Journal of Public Health*⁵⁸.

Allebeck (2010)⁵⁸ ressalta que embora seja importante para um periódico científico de saúde pública acompanhar e contribuir para o debate político e científico da temática em questão, não se deve contribuir para aumentar o “índice notícia/morte”, destacado por Hans Rosling. Segundo Rosling há uma discrepância entre o que é divulgado pela mídia e temido pela população e as reais ameaças de saúde pública. O autor mostra que durante o período de 24 de abril a seis de maio de 2009, houve 31 mortes causadas pela Influenza H1N1, enquanto a tuberculose matou 63.066 pessoas no mesmo período. Em contrapartida, o número de notícias sobre a “gripe suína” foi 253.442, enquanto o número de notícias sobre tuberculose foi 6.501. A partir desse contexto, ele propõe um cálculo de um índice de “notícia-morte”, que para a H1N1 foi de 8.176 e para a tuberculose foi 0.1.

Dessa forma, percebemos que esse índice ilustra de uma forma simples e direta o descompasso *necessidade de saúde x divulgação midiática*, e nos motivamos a desenvolvê-lo baseados em critérios epidemiológicos e científicos. Além disso, propomos a criação de um indicador de “valor-saúde” midiático, a partir do levantamento das necessidades de saúde e de informação em saúde da população, baseadas no estudo dos indicadores de saúde. Esse “valor-saúde” visa determinar uma agenda jornalística que privilegie os interesses públicos de saúde da população, com suas especificidades locais, além dos critérios de “valor notícia” considerados em sua rotina jornalística.

Finalmente, defende-se que há mazelas de saúde que não despertam interesse jornalístico por não atenderem aos critérios de novidade e do extraordinário (DMN), tornando-se essencial estudá-las, a fim de devassar o que é invisibilizado: as doenças negligenciadas pela cobertura jornalística e as consequências desses silêncios sobre os segmentos sociais mais vulneráveis. Almeja-se, dessa forma, não só qualificar as DMN como uma categoria analítica, como também possibilitar a aproximação entre as perspectivas da mídia e da saúde, por meio de uma avaliação mais sensível às discrepâncias ainda mal analisadas ou àquelas nunca identificadas⁵⁹.

3.7 O ESTADO DO ESPÍRITO SANTO (ES)

Para a realização do levantamento empírico dessa pesquisa, elegemos como local de estudo o Estado do Espírito Santo, por ser o local de inserção profissional da doutoranda, com grande demanda em estudos na área de Comunicação e Saúde e devido às suas características epidemiológicas, as quais apresentaremos panoramicamente a seguir.

3.7.1 *Características sócio-demográficas: um retrato do estado*

O Espírito Santo (ES) situa-se na região sudeste do Brasil, ocupando uma área de 46.098,521 km², constituindo o menor e menos populoso estado da região, com população estimada para 2014 de 3.885.049 habitantes⁶⁰. Divide-se em 78 municípios, em sua maioria de pequeno e médio porte. O estado conta com uma extensa faixa litorânea, tendo 40% de área plana e 60% de área montanhosa, chegando a atingir 2.892m acima do nível do mar⁶¹.

A região metropolitana do estado – Região Metropolitana da Grande Vitória (RMGV) – é formada por sete municípios (Vitória, Vila Velha, Serra, Cariacica, Viana, Guarapari e Fundão), os quais concentram 48% da população do estado e 56,6% da população urbana. O norte do estado apresenta um vazio demográfico (36 hab./km²), sinalizando a presença de grandes latifúndios na região. Já o sul possui uma densidade demográfica de 63hab./km². Na média, 16,5% dos capixabas habitam em áreas rurais e 83,5% em áreas urbanas⁶¹.

A população do ES é originada do encontro de raças que, ao longo do tempo, estabelece uma história rica em tradição e costumes. Como destaque, citamos os índios, na região litorânea de Aracruz, as 83 comunidades quilombolas localizadas principalmente no norte e sul do estado, e a etnia pomerana, nas regiões de montanhas no interior⁶¹.

Segundo a Secretaria Estadual de Saúde (2011)⁶¹ a distribuição populacional por faixa etária tem se modificado no estado, com tendência ao envelhecimento progressivo da população, evidenciando o declínio da taxa de natalidade e uma maior parcela

populacional vivendo até idades mais avançadas. Quanto ao gênero, a distribuição é equilibrada. Em 2010, as mulheres representavam 50,74% da população. Dessa maneira, a tendência nos próximos anos é de envelhecimento progressivo da população, conferindo maiores valores na razão de dependência total e principalmente da população idosa, aumentando as responsabilidades sociais para com este grupo etário. Na saúde, esse quadro sugere que os gestores devem estar atentos às novas demandas que surgem no bojo da modificação do perfil epidemiológico resultado desse processo, necessitando de readequação na oferta de serviços e nas ações de saúde, especialmente de prevenção e promoção.

Em relação às condições sociais, o Espírito Santo possui o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) equiparado ao índice nacional (0,765 e 0,766 respectivamente), porém, detém o menor valor de IDH da região sudeste. Em se tratando de taxas de analfabetismo, apresentou tendência decrescente no período de 2001 a 2009, acompanhando a região sudeste e o Brasil. Tanto para o analfabetismo quanto para o analfabetismo funcional as mulheres apresentam taxa superior se comparada aos homens, ao passo que os índices são inferiores para os indivíduos declarados brancos e para os residentes na zona urbana⁶¹.

Outro aspecto relevante sobre as condições sociais da população capixaba refere-se à questão da violência. Neste sentido, evidencia-se a ocorrência dos homicídios, sobretudo na população jovem, apontando um grave problema de saúde pública⁶¹.

3.7.2 A questão da pobreza e as necessidades de saúde

Os ciclos de desenvolvimento do café e da industrialização, bem como do recente Petróleo e Gás no Espírito Santo não geraram benefícios econômicos de distribuição igualitária, promovendo exclusão social e concentração da riqueza e das oportunidades no litoral, principalmente na Região Metropolitana da Grande Vitória. Ainda hoje os investimentos estaduais convergem na região litorânea, em detrimento do interior do estado, onde são poucos e mal distribuídos⁶².

Essa questão fomenta a relação perversa entre saúde e pobreza, pois a vulnerabilidade social compromete as condições de vida e limita o acesso às ações e serviços de saúde. Sendo assim, é imprescindível “considerar a questão da pobreza [...]”

dentro da perspectiva dos determinantes sociais da saúde, sobretudo quando se pretende a constituição de um sistema erguido com o compromisso de superação das iniquidades (SESA, 2011, p.22)⁶¹”.

O ES possui uma prevalência maior de focos de pobreza nos municípios interioranos, segundo o Instituto Jones dos Santos Neves - IJSN (2010)⁶². No estudo intitulado “Perfil da Pobreza no Espírito Santo: famílias inscritas no CADUNICO – 2010”, o cálculo da incidência considerou a razão entre número de pobres cadastrados em junho de 2010 e o total da população, evidenciando a distribuição como observamos no mapa abaixo (Figura 2):

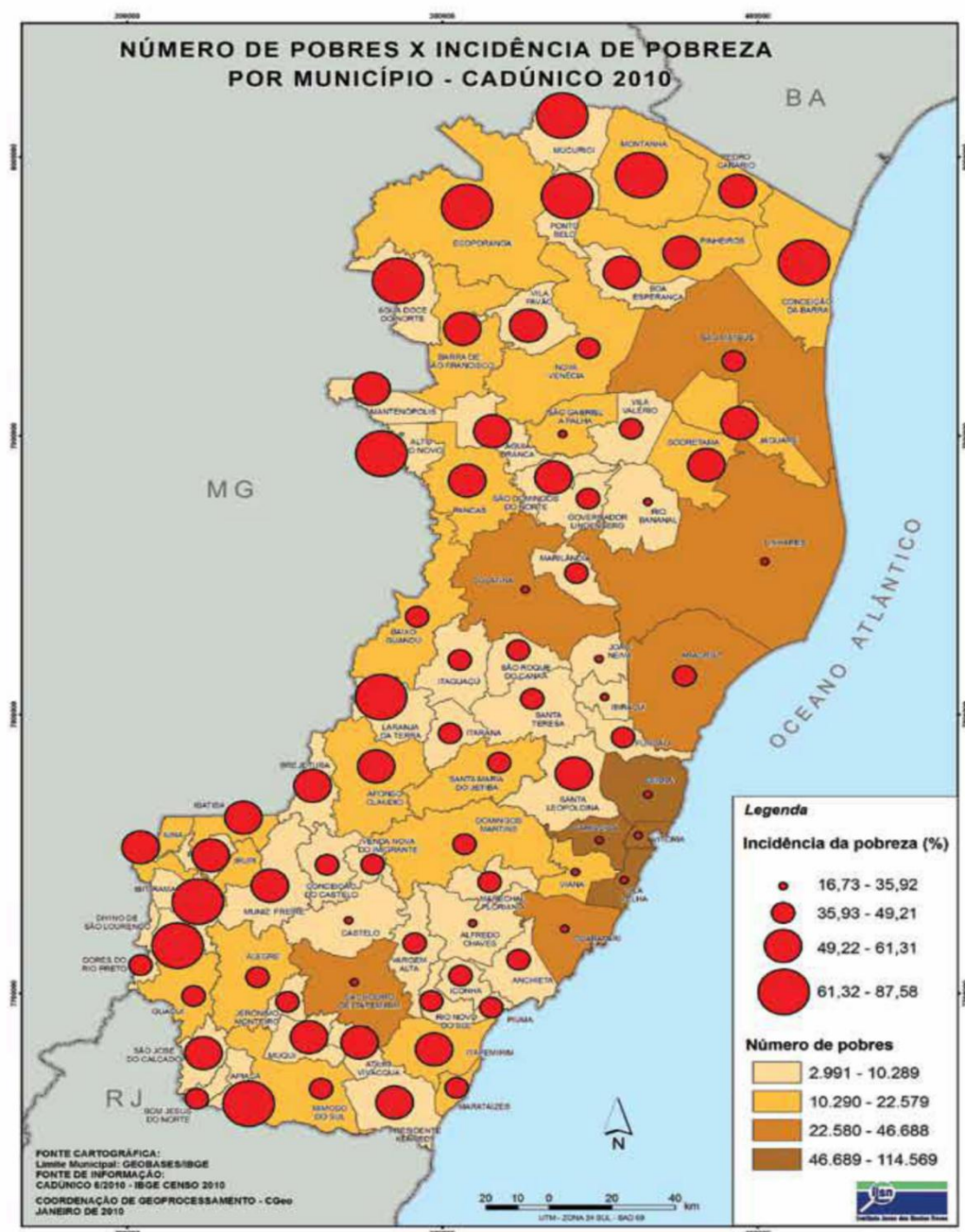


Figura 2 - Incidência da pobreza por municípios (ES, 2010).

Fonte: IJSN

3.7.3 Saúde e Doenças Negligenciadas

Apesar de a análise da ocorrência das doenças no estado demonstre que não há homogeneidade em sua distribuição, identifica-se padrões de distribuição que apontam características gerais de uma determinada região, indicando existir correspondência entre o adoecimento e o nível de desenvolvimento da localidade. Exemplos

representativos são as doenças como a tuberculose e a hanseníase, relacionadas à pobreza e ao crescimento urbano acelerado e desordenado que persistem em determinados territórios⁶¹.

No que tange à tuberculose, principal causa de morte por doenças infecciosas entre adultos ao redor do mundo, o adensamento populacional nas periferias das grandes cidades e as precárias condições sanitárias existentes nessas localidades elencam os principais motivos relacionados ao ambiente que favorecem a ocorrência e a persistência da doença. Além disso, há de se considerar o longo tempo necessário para o tratamento e a sua associação com outras morbidades, como por exemplo a AIDS⁶¹.

No ES a tuberculose é endêmica e apresenta uma incidência de 39,4 casos novos para cada 100 mil habitantes, tendo oito de seus municípios classificados como prioritários para o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), dentre eles a capital (Figura 3). Vitória possui posição de destaque no contexto político-econômico estadual, no entanto, convive com grandes desigualdades sociais, um número expressivo de casos de AIDS e o envelhecimento populacional⁶³.

Vale ressaltar que foram notificados no Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação (SINAN) 515 casos de tuberculose infantil no estado, no período de 2000 a 2007. Altas taxas de incidência foram verificadas na Região Metropolitana de Vitória e região nordeste, e baixas taxas na região serrana. É interessante notar que dados semelhantes foram observados no estudo da endemia de TB em adultos no estado, o que possivelmente está relacionado a contatos intradomiciliares⁶⁴.

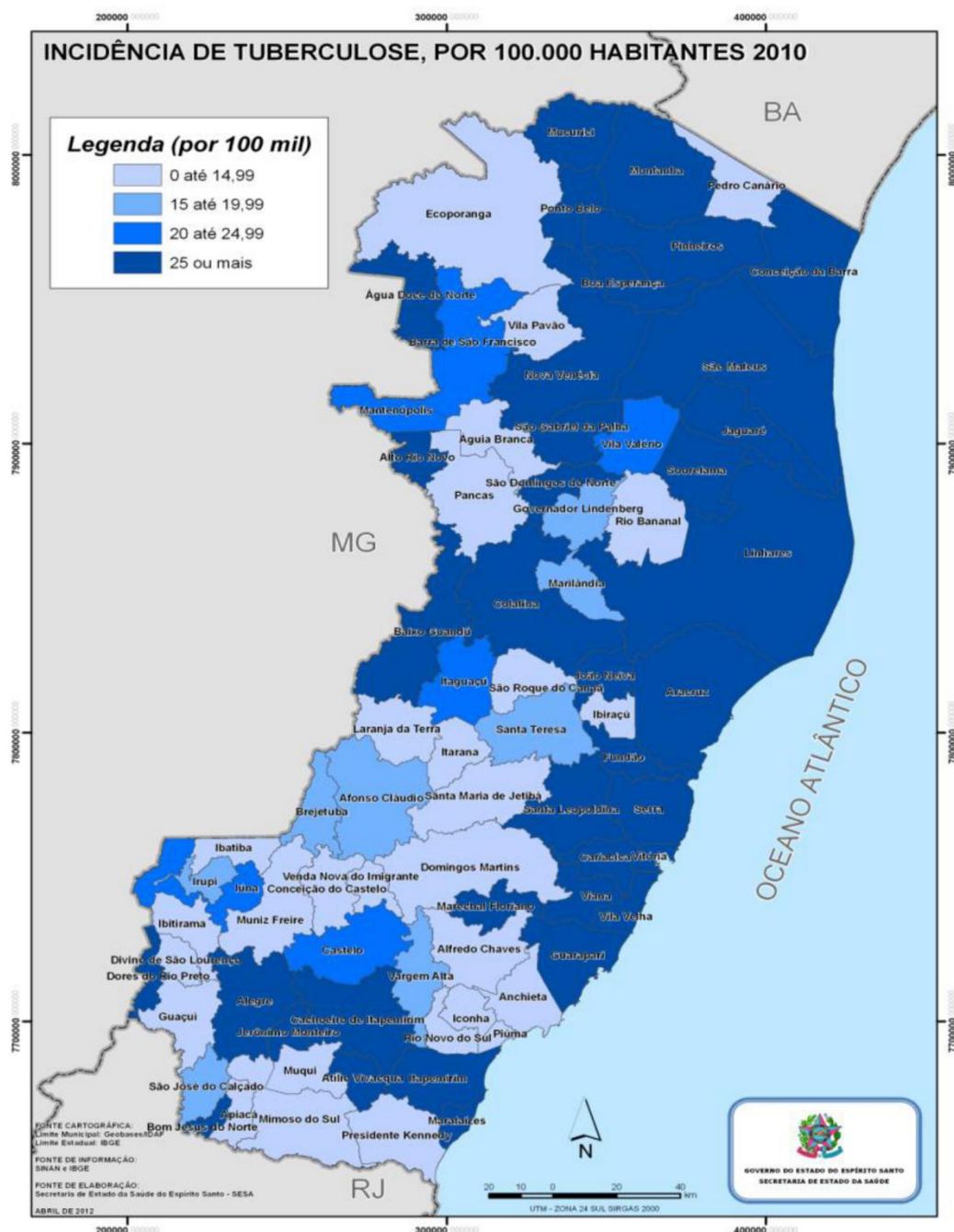


Figura 3 - Incidência da tuberculose por 100 mil habitantes (ES, 2010).

Fonte: SESA/IBGE

Em relação à hanseníase, o ES é considerado área de alta prevalência (de acordo com o grau de endemidade das diferentes unidades federativas e macrorregiões), atingindo em 2005 uma prevalência de 4,54/10.000 habitantes⁶⁵. Observa-se grande concentração de casos especialmente nas regiões de divisa com o norte de Minas Gerais e sul da Bahia (Figura 4). A doença se expande também para o interior do estado nos

municípios com importante área rural, e com condições sanitárias precárias⁶¹. Segundo Moreira et al (2008)⁶⁶ a prevalência de Hanseníase apresentou forte declínio no estado, de 1980 a 2003, no entanto, identificou-se tendência crescente para todo o período da taxa de detecção global, com aparente estabilização no final do período. De acordo com as autoras, essa tendência crescente pode ser explicada em parte pela maior sensibilidade da vigilância epidemiológica, mas a elevada proporção entre menores de quinze anos sinaliza a necessidade de estudos e investimentos políticos.

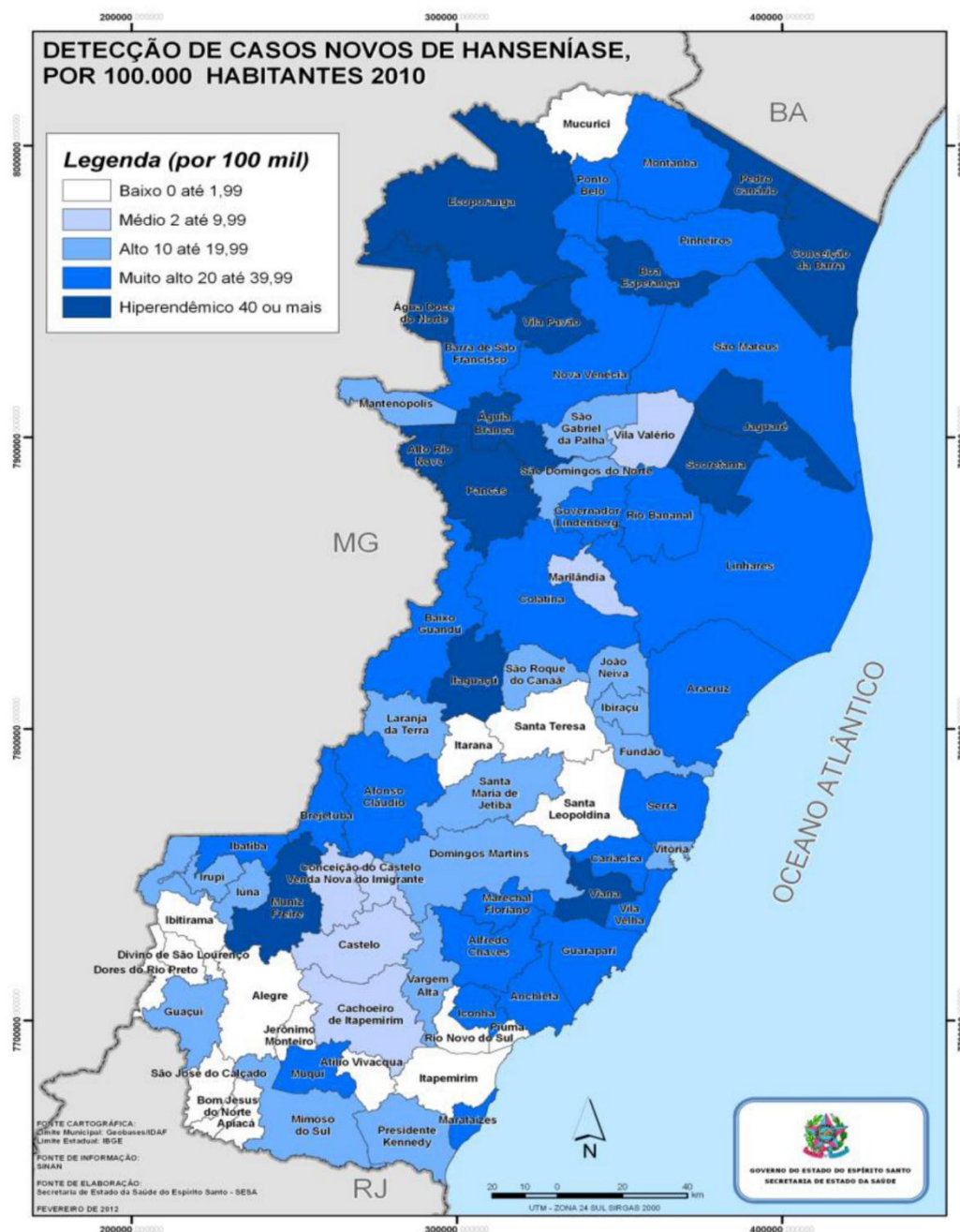


Figura 4 - Coeficiente de detecção de Hanseníase por 100 mil habitantes (ES, 2010).

Fonte: SINAN/IBGE

O Espírito Santo é um dos estados do Brasil que apresenta os maiores índices de Esquistossomose, mais uma doença relacionada à falta de saneamento básico e a educação sanitária da população residente, contando com 21 municípios endêmicos⁶¹. A prevalência em 2003 foi de 3,1%, com média anual de internação no período de 1999-2003 de 21,2 com taxa de 1,12/10.000 internações. O número médio de óbitos de 1998-2002 foi de 10,6 com taxa de mortalidade 0,34/100.000 habitantes⁶⁷.

Além dos fatores considerados preponderantes na ocorrência da doença, pode-se dizer que o clima do estado favorece a existência do hospedeiro intermediário, o que contribui para que a prevalência de casos da doença em muitos municípios seja superior a 5% na população examinada⁶¹.

Conforme demonstrado na Figura 5, os municípios do interior do estado possuem maiores taxas de incidência, onde grande parte de população habita em meio rural e uma concentração importante de pessoas encontra-se em situação de pobreza. Nessa região também se localizam os municípios com baixa cobertura de rede de esgoto⁶¹.

Também com padrão de distribuição predominante no interior do estado, embora com menor número de casos, a Leishmaniose Tegumentar Americana está presente em 29 municípios do estado. Destaca-se a região do Caparaó e região serrana (sudoeste serrana e central serrana), locais com grande área de vegetação, população rural e baixos indicadores sociais⁶¹. Há também número de casos importante na região norte (Figura 6).

A existência de casos nessas regiões tem como fatores propícios o clima predominantemente tropical úmido, com temperaturas médias anuais de 23°C. Esses fatores proporcionam um habitat ideal para o desenvolvimento e proliferação dos vetores responsáveis pela sua transmissão. A presença da doença pode estar relacionada ainda ao processo migratório, ocupação de encostas e aglomerados em centros urbanos associados a matas secundárias ou residuais⁶¹.

Já a Leishmaniose Visceral (LV) vem reaparecendo no Brasil de forma preocupante. Primeiramente caracterizada como uma zoonose de caráter eminentemente rural, de transmissão silvestre, vem recentemente se expandindo para áreas urbanas de médio e grande porte, tornando-se um problema de saúde e caracterizando-se como uma endemia em franca expansão geográfica^{68,69}. No Espírito Santo, a ocorrência de LV sempre foi associada à presença do vetor *Lutzomyia longipalpis*, que possui uma distribuição geográfica relacionada à ocorrência de características geoclimáticas específicas, tais como clima seco, baixas altitudes, relevo acidentado e afloramento rochosos. Todavia, o registro de três casos autóctones da doença em municípios da região sul do estado sem essas características geoclimáticas (Rio novo do Sul e Vargem Alta) suscitou a discussão da participação de outro vetor de LV nessas localidades⁷⁰.

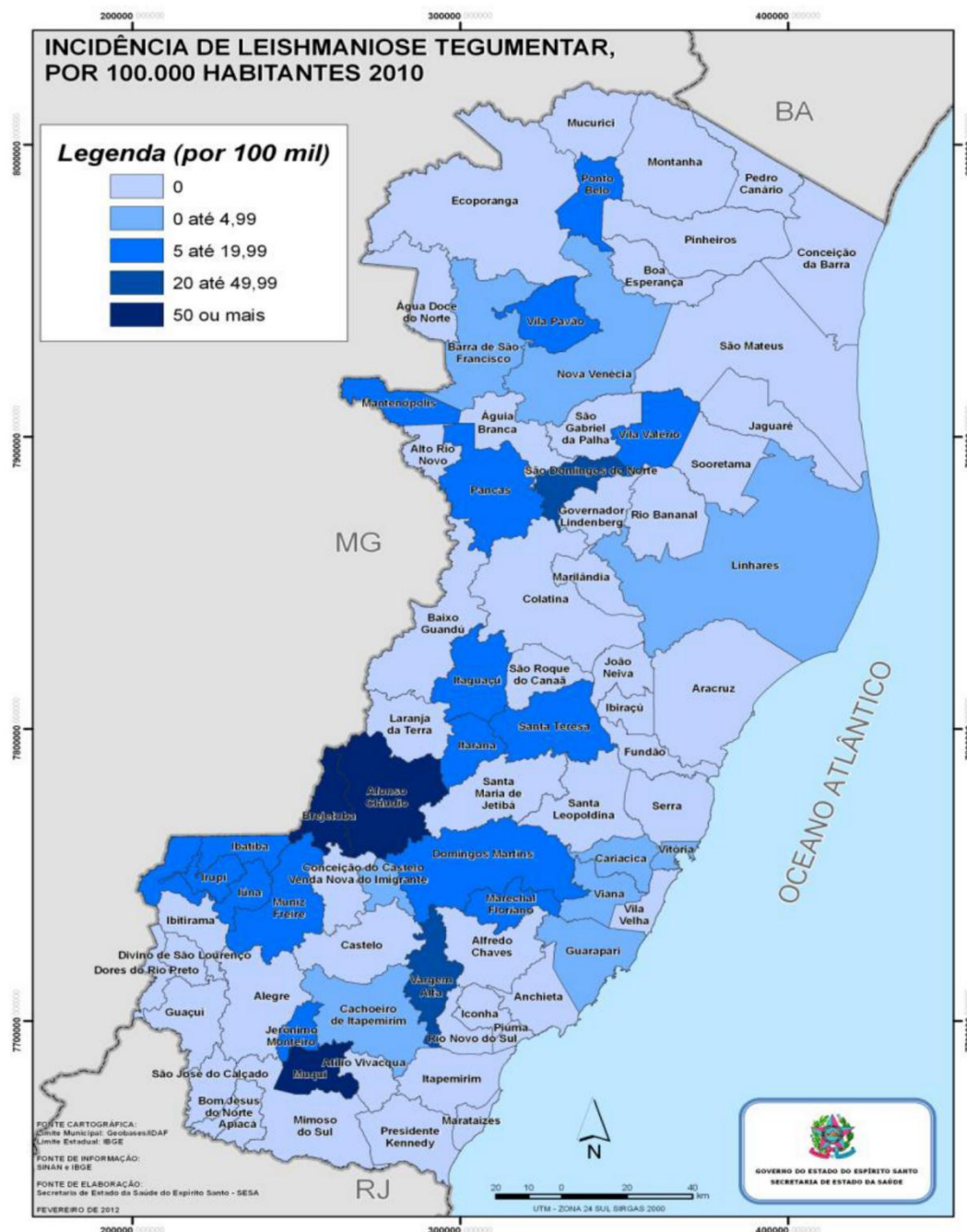


Figura 6 - Incidência de Leishmaniose Tegumentar por 100 mil habitantes (ES, 2010).

Fonte: SINAN/IBGE

A dengue possui ocorrência em todo o território estadual, com concentrações maiores na região metropolitana, pólo Cachoeiro, e região norte (Figura 7). O Espírito Santo é um dos estados da federação que apresentou em 2010 grande número de casos graves da doença. Essa morbidade relaciona-se à fatores sociais como as condições precárias de saneamento básico, coleta de lixo, moradia inadequada, fatores culturais e educacionais têm grande impacto sobre a doença, proporcionando condições ecológicas favoráveis à transmissão e disseminação dos vírus da dengue⁶¹. De acordo com o estudo

de Cardoso et al (2011)⁷¹ no período de 2000 a 2009, a proporção dos casos de dengue em Vitória foi maior entre mulheres, indivíduos de 20 a 29 anos, e semelhante entre brancos e afrodescendentes. Identificou-se uma diminuição gradual do percentual de casos na população com 15 anos ou mais e um aumento crescente em menores de 15 anos. A taxa de letalidade variou de zero a 0,3% para todas as formas da doença e de 0,2% a 18,2% para as formas graves de dengue.

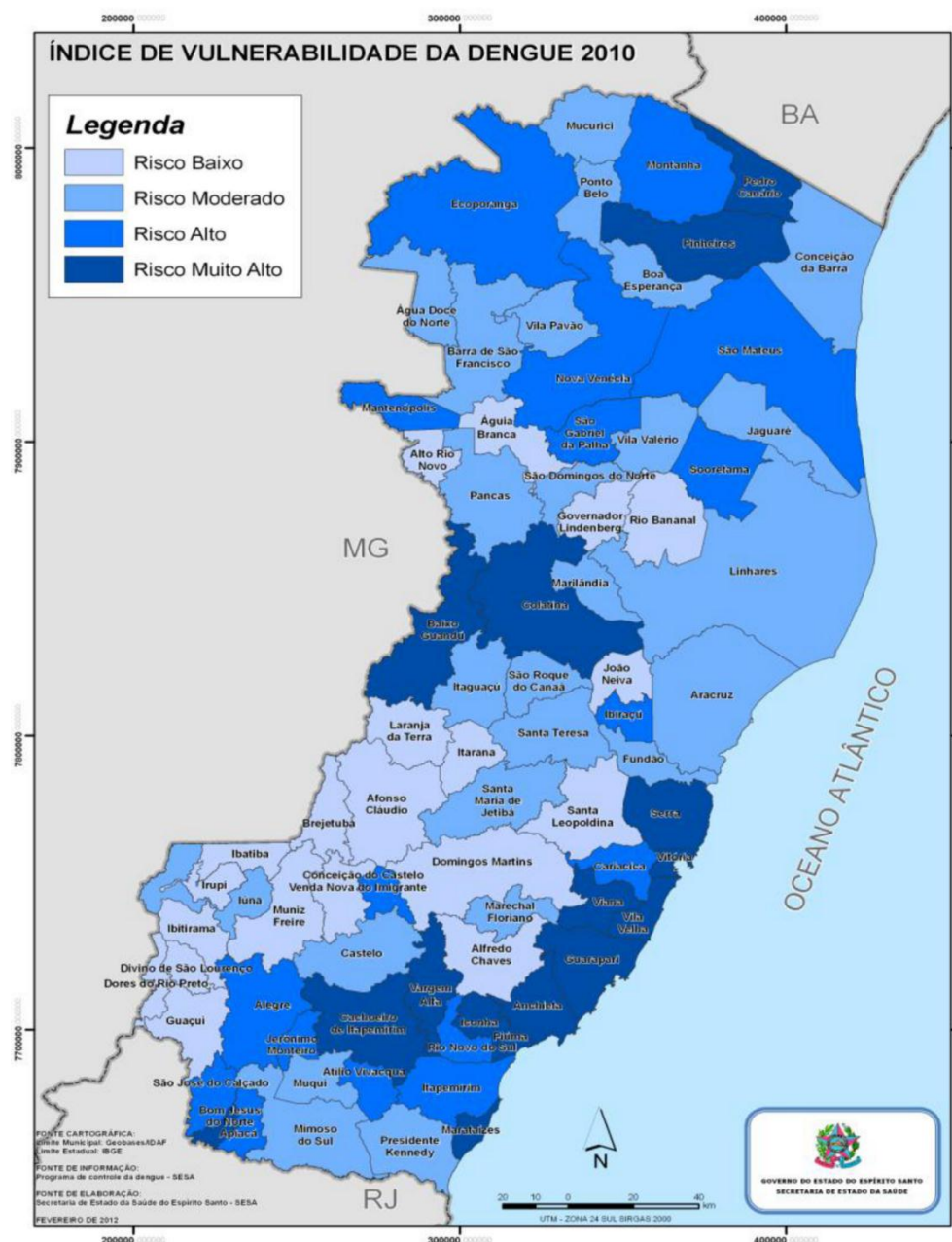


Figura 7 - Índice de Vulnerabilidade para ocorrência de dengue (ES, 2010).

Fonte: SESA/IBGE

Outra doença infecciosa registrada estado é a malária. O ES destaca-se como o estado extra-amazônico de grande potencial de malária devido às suas características

climáticas e topográficas, as quais favorecem a reprodução de vetores^{72,73}. De acordo com Ceruti Júnior (2007)⁷⁴, o ES registra cerca de 100 casos de malária por ano, dos quais de 10 a 30 são autóctones, sendo que os casos introduzidos encontram-se ao norte, ao passo que os casos autóctones concentram-se ao Sul, em municípios de áreas montanhosas, onde a Mata Atlântica é mais exuberante. No período de 2001 a 2004 foram registrados casos de malária autóctone em nove municípios do ES, os quais situam-se em região de relevo acidentado, com vales cercados por montanhas, altitude média de 800 metros e clima tropical, com temperaturas mais baixas no inverno (cerca de 15°C). Os moradores são, predominantemente, descendentes de italianos e alemães que migraram para o estado no século XIX⁷⁴.

No que tange à Doença de Chagas, embora o ES não seja considerado endêmico e a prevalência da doença autóctone se mantenha baixa, triatomíneos silvestres que lá ocorrem frequentemente invadem as casas, com chances de transmissão da doença às pessoas. Sendo assim, a possibilidade de mudança de hábitos desses triatomíneos em virtude da grande devastação da Mata Atlântica ocorrida nas últimas décadas, reafirma a necessidade de se manter uma vigilância sobre a situação da doença no estado⁷⁵.

De acordo com a Secretaria Estadual de Saúde, a análise conjunta desses indicadores incita uma discussão abrangente da saúde, visto que essas doenças possuem como determinantes fatores sociais que exigem estratégias intersetoriais para seu enfrentamento. Dessa forma, apresenta o desenvolvimento econômico e humano dessas regiões (Interior do estado, Caparaó e norte do estado) bem como a redução das desigualdades como condições fundamentais para superação desses desafios.

Em relação à mortalidade, a maior parte dos óbitos registrados em 2009 foi por doenças do aparelho circulatório (31,1%), seguido por causas externas (18,8%) e por neoplasias (15,9%), as quais apresentaram crescimento desde de 2001 (Tabela 2). As principais causas registradas de internação hospitalar foram referentes à gravidez, parto e puerpério (21,5%), doenças do aparelho respiratório (11,6%) e doenças do aparelho circulatório (10,8%)⁷⁶.

Quando analisados isoladamente os dados de 2010 segundo a idade e gênero, observa-se que a população masculina morre mais e mais jovem. Estudo publicado com dados de 2008 elege o Espírito Santo como o estado com maior razão de mortalidade entre os sexos (1,56).

Tabela 2 - Mortalidade proporcional segundo as principais causas da CID-10 e faixa etária (ES, 2010).

FAIXA ETÁRIA	1ª POSIÇÃO	2ª POSIÇÃO	3ª POSIÇÃO	4ª POSIÇÃO
< 1 ano	Afec Perinatal (57,1)	M.F. e anom cong (26,0)	Causas Externas (3,9)	Ap. Respiratório (3,6)
1 a 4 anos	Causas Externas (26,5)	Ap. Respiratório (13,7)	Sistema Nervoso (12,0)	DIP (10,3)
5 a 9 anos	Causas Externas (28,7)	Neoplasias (14,9)	Sistema Nervoso (13,8)	Ap. Respiratório (9,2)
10 a 14 anos	Causas Externas (49,1)	Sistema Nervoso (9,6)	Neoplasias (7,9)	Endócrinas e Metabólicas (6,1)
15 a 19 anos	Causas Externas (85,3)	Sistema Nervoso (3,6)	Ap. Circulatório (2,26)	Neoplasias (2,08)
20 a 29 anos	Causas Externas (77,0)	Ap. Circulatório (4,2)	Neoplasias (4,1)	DIP (2,8)
30 a 39 anos	Causas Externas (52,3)	Ap. Circulatório (12,0)	Neoplasias (9,4)	DIP (6,6)
40 a 49 anos	Causas Externas (27,5)	Ap. Circulatório (21,1)	Neoplasias (17,0)	Ap. Digestivo (9,0)
50 a 59 anos	Ap. Circulatório (31,2)	Neoplasias (23,2)	Causas Externas (13,7)	Ap. Digestivo (7,8)
60 anos e mais	Ap. Circulatório (41,0)	Neoplasias (18,3)	Ap. Respiratório (13,4)	Endócrinas e Metabólicas (7,1)
Todas as idades	Ap. Circulatório (30,9)	Causas Externas (18,1)	Neoplasias (16,2)	Ap. Respiratório (9,5)

Fonte: SIM/SESA

A análise da morbidade e da mortalidade do estado demonstra a complexidade da região metropolitana da Grande Vitória, que exhibe casos de doenças infecciosas relacionadas à pobreza bem como aquelas relacionadas à concentração populacional e desigualdade social - como violência⁶¹.

4 JUSTIFICATIVA

É notável a falta de coerência entre os critérios que definem a divulgação midiática de algum assunto (novidade, exclusividade, visibilidade, raridade) e os critérios que definem a relevância da divulgação das questões de saúde, principalmente no que diz respeito às moléstias que prevalecem em condições de pobreza e não apresentam qualquer atrativo para a divulgação midiática.

Dessa maneira, enquanto a intensa cobertura tenderia a exaltar determinados problemas, a omissão de outros poderia contribuir para seu sub-dimensionamento político. Destaca-se assim a relevância de se estudar as doenças e problemas de saúde pouco tematizados pelos meios de comunicação, bem como os destaques atribuídos às notícias publicadas em jornais – mídia que pauta todas as demais – sob o ponto de vista das necessidades em saúde da sociedade.

Em síntese, o presente trabalho justifica-se pela necessidade de acrescentar visibilidade à temática, com consequente apoderamento dos atores a ela ligados. Acreditamos que o espaço destacado para doenças ou condições de menor apelo político-midiático ainda está por ser plenamente identificado, descrito e analisado por metodologias especificamente destacadas – o que se pretendeu desenvolver nesta pesquisa.

5 OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar as Doenças Midiaticamente Negligenciadas por meio da descrição e problematização das condições de menor apelo político-midiático, identificadas por intermédio de metodologias especificamente desenvolvidas, no cenário do Espírito Santo e de Portugal.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar o perfil de morbi-mortalidade do estado do Espírito Santo, por meio dos indicadores epidemiológicos disponíveis nos Sistemas de Informação em Saúde, enumerando os problemas considerados mais prementes (“valor-saúde”);

- Avaliar o espaço alcançado nos periódicos A Tribuna e A Gazeta pelos problemas epidemiologicamente mais relevantes;

- Identificar “Doenças Midiaticamente Negligenciadas” - condições de alta relevância em saúde e pequena cobertura midiática;

- Com bases nestas, elaborar indicadores de cobertura midiática como: “índice notícia-morte”, “índice notícia-internação”, “índice notícia-notificação” e “valor-saúde”;

-Analisar o espaço alcançado no periódico "Público" pelos temas de saúde relevantes no contexto lusitano;

-Identificar, a partir da percepção de atores-chave locais, as “Doenças Midiaticamente Negligenciadas” em Portugal;

6 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

Trata-se de uma pesquisa exploratória quantitativa e qualitativa, estruturada em quatro etapas para atingir os objetivos especificados. Na primeira etapa, foi retratado o “valor-saúde” para o ES, através de levantamentos nos bancos de dados dos Sistemas de Informação em Saúde e nas Políticas de Saúde estaduais sobre as principais causas de morbidade e mortalidade da população do Espírito Santo. Na segunda, a análise documental da cobertura midiática foi dada a partir do levantamento das matérias sobre saúde entre o período de janeiro de 2011 e dezembro de 2012. Na terceira etapa foram identificadas as condições de alta relevância em saúde e pequena cobertura midiática - o que caracterizaria o que aqui definimos como Doenças Midiaticamente Negligenciadas. Finalmente, a quarta etapa foi composta por um estudo de caso, realizado no âmbito do doutorado sanduíche, que analisou o espaço alcançado no periódico "Público" pelos temas de saúde relevantes ao contexto lusitano, no período de maio a julho de 2013, e a identificação, a partir de entrevistas aos atores-chave locais, dos “Temas Midiaticamente Negligenciados” em Portugal.

6.1 LOCAL E PERÍODO DE ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida no estado do Espírito Santo, a partir da análise dos indicadores epidemiológicos estaduais disponíveis nos Sistemas de Informação em Saúde e nas Políticas de Saúde, além da análise das matérias jornalísticas veiculadas nas principais mídias impressas do estado – *A Tribuna* e *A Gazeta* – (no período entre 01 de janeiro de 2011 e 31 de dezembro de 2012).

O estudo de caso foi desenvolvido em Coimbra-Portugal, no âmbito do estágio de doutoramento sanduíche, desenvolvido no período de 01 abril a 30 de novembro de 2013.

6.1.1 ***Etapas I: ANÁLISE DOS INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS – CONSTRUÇÃO DO “VALOR-SAÚDE”***

Foram analisados os indicadores de mortalidade e morbidade do estado do Espírito Santo, nos anos de 2011 e 2012, construídos a partir de informações coletadas

nos Sistemas de Informações em Saúde, disponíveis no site: www.datasus.gov.br e <http://www.saude.es.gov.br>, e nas Políticas estaduais.

Foi identificado o perfil de morbi-mortalidade do estado e, a partir disso, definido o “valor-saúde” para o Espírito Santo, ou seja, os problemas de saúde mais prementes, os quais mereceriam divulgação e atenção midiática por conta de sua relevância para a população capixaba.

As informações sobre mortalidade foram extraídas do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), as informações sobre morbidade foram extraídas do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e as informações sobre Internação hospitalar no SUS foram extraídas do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Ambas seguiram aos capítulos da classificação internacional das doenças (CID-10).

- Construção do “valor-saúde”

Trata-se de uma iniciativa de definição de um *indicador* que represente os problemas de saúde mais prementes para a população capixaba, os quais mereceriam destaque midiático por conta de sua relevância para a vida da população em geral.

O “valor-saúde” foi construído a partir da definição das seguintes classificações:

a) Principais causas de mortalidade

De acordo com o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), foram elencadas as 10 principais causas de mortalidade (causa CID-10) nos anos de 2011 e 2012;

b) Principais doenças de notificação compulsória

De acordo com o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) foram definidas as 10 principais doenças notificadas no estado nos anos de 2011 e 2012;

c) Principais causas de Internações SUS

Foram definidas, a partir do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), as 10 principais causas de internação (lista morb CID-10 OU Diag CID-10) no estado, nos anos de 2011 e 2012;

d) Prioridades políticas de saúde

Foram definidos problemas de saúde relevantes para a população do ES de acordo com os apontados no “Plano Estadual de Saúde ES 2012-2015”⁷⁷ e no “Plano Diretor de Regionalização 2011”⁶¹ elaborados pela Secretaria Estadual de Saúde e que entendemos como importantes sinalizadores de prioridades em saúde. Além disso, foram consideradas as prioridades de pesquisa estaduais, apontadas no edital FAPES/CNPq/MS-Decit/SESA nº 10/2013-PPSUS, entendendo que o Programa de Pesquisa para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde – PPSUS atua como importante sinalizador de demandas socio sanitárias, além de fomentar as pesquisas científica, tecnológica ou de inovação que contribuirão para a resolução de problemas prioritários de saúde da população do ES.

A hierarquização das doenças seguiu o critério decrescente de ocorrência das tabelas de Mortalidade, Morbidade e Notificação. Nos dados de Prioridades Políticas e de Pesquisa, foi adotado o critério da coincidência da doença em mais de uma Política selecionada, também de maneira decrescente.

As principais doenças de cada categoria foram agrupadas no *Microsoft Office Excel 2010* e hierarquizadas pelo critério de coincidência entre duas ou mais categorias, o que refletiria seu ‘valor-saúde’.

6.1.2 Etapa II: ANÁLISE DA COBERTURA MIDIÁTICA

Ao longo do século XIX, vários foram os impressos criados no Estado. Esses periódicos apresentavam linha editorial política e publicavam, esporadicamente, conteúdos literários e noticiosos. Nesses 168 anos de imprensa no Espírito Santo, observa-se a existência de centenas de jornais que surgiram e desapareceram. Pode-se destacar *O Diário* e o *Jornal da Cidade*⁷⁸.

Atualmente, a estrutura do sistema midiático capixaba é oligopolizada, assim como em todo o país. Dentre as redes de comunicação, destacamos aquelas que, possuidoras de jornais diários com mais de setenta anos, contam com concessões de rádio e TV, retransmitindo a programação das grandes redes nacionais. Dessa forma, os dois jornais que se destacam no panorama jornalístico do estado são *A Gazeta* e *A Tribuna*.

O periódico “A Tribuna” foi fundado em 22 de setembro de 1938, na cidade de Vitória, capital do Espírito Santo. Em 1968, o jornal é adquirido pelo Grupo João Santos. Possui formato tablóide (38 cm x 30 cm), em cores, com circulação diária em todo o estado. É líder em circulação no ES, ocupando a décima sétima posição no ranking brasileiro de jornais⁷⁹.

A Rede Gazeta é um grupo de comunicação multimídia, fundada em 1928, por Thiers Vellozo e administrada pela família Lindenberg desde 1949. O jornal *A Gazeta* deu origem a esse grupo de comunicação, sendo o mais antigo periódico ainda em circulação no estado, possuindo oitenta anos de história. Apresenta-se, desde 2011 em novo formato compacto. Possui linha editorial conservadora, público com perfil elitista, focado nas classes AB. É líder em assinaturas, com 36.080 assinantes e circulação em todo o estado do Espírito Santo^{78,80}.

Coleta de dados

O acervo de “A Tribuna” foi cedido gratuitamente pelo jornal, gravado em DVDs e atualizado periodicamente para abranger o período de estudo selecionado. Já os exemplares em PDF de “A Gazeta” foram adquiridos de uma empresa de clipagem. Todo material contido nesses periódicos foi examinado por três pesquisadoras treinadas e certificadas, as quais selecionaram e classificaram as matérias que tratavam de saúde.

CrITÉRIOS de Inclusão

Foram incluídas no estudo as matérias que faziam referência a doenças, seja como foco principal (quando a pauta é a doença em si) ou como foco derivado (a pauta é sobre outro assunto de saúde, mas se refere de maneira consistente à doença).

CrITÉRIOS de Exclusão

Matérias que citaram as doenças em contexto irrelevante ao estudo, como propagandas, promoção de eventos privados, resultados de concursos, dentre outros. Os agravos e/ou causas externas também foram excluídos da análise por não fazerem parte do escopo.

Organização do material empírico e ordenação da frequência de veiculação das doenças

Com base nas matérias selecionadas foram preenchidas fichas de análise com características de definição das matérias. As doenças identificadas nas matérias foram classificadas de acordo com a Classificação Internacional das Doenças (CID-10). As

fichas foram digitadas no banco de dados do *SPSS versão 18.0* e as doenças foram ordenadas de acordo com a frequência de sua publicação.

6.1.3 Etapa III: IDENTIFICAÇÃO DAS “DOENÇAS MUDIATICAMENTE NEGLIGENCIADAS”

Uma matriz comparativa relacionou as doenças de maior relevância no Espírito Santo, na perspectiva dos indicadores epidemiológicos (valor-saúde), com a correspondente cobertura midiática. A partir daí foram identificadas condições de alta relevância e pequena cobertura (Doenças Mudiaticamente Negligenciadas), bem como as de alta relevância e também “valorizadas” pelos editores. Dessas categorias se derivaram os seguintes indicadores complementares de cobertura midiática: “índice notícia-morte”, “índice notícia-internação” e “índice notícia-notificação”. Os índices são obtidos pela razão entre o número de notícias publicadas sobre a doença, dividido pelo número de mortes, internações ou notificações ocorridas pela mesma doença, no período de estudo. Caso o resultado dessa razão seja maior ou igual a 1 significa que a proporção de notícias para cada evento se destaca. Se o resultado dessa razão é menor do que 1 significa que não houve noticiabilidade condizente à ocorrência dos casos.

6.2 ESTUDO DE CASO

O estudo de caso representa um tipo de pesquisa circunscrito a poucas unidades de análise, cuja riqueza não se encontra em sua extensão, mas no aprofundamento analítico de suas questões⁸¹.

O contexto de saúde português foi explorado a partir de entrevistas com informantes-chave, de maneira a permitir a compreensão do panorama atual, bem como os fatores históricos, institucionais e políticos condicionantes da saúde. Os critérios analíticos dessas entrevistas obedeceram à metodologia de Análise de Conteúdo⁸².

A Análise de Conteúdo⁸² considera: 1- Análise do contexto; 2- Características da mensagem; 3- Conceitos sociológicos envolvidos; 4- Condições que induziram ou conduziram a mensagem. A Análise Temática consiste “[...] em descobrir os <<**núcleos de sentido**>> que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição,

podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido” (Bardin, 2009⁸², p.131, grifo da autora), prezando pela qualidade do estudo.

Já a análise da cobertura midiática foi realizada a partir de um levantamento prospectivo das matérias sobre saúde veiculadas no periódico O Público, no período de maio de 2013 a julho de 2013. Fundado em 1990, o Jornal o Público representa um dos cinco jornais portugueses mais importantes. Segundo a “Associação Portuguesa para o Controlo de Tiragem e Circulação – APCT” esse periódico teve uma tiragem variando entre 41.362 a 47.147 e uma circulação variando entre 30.183 a 32.676, até o quarto bimestre de 2012 (http://www.apct.pt/Analise_simples.php).

Foram incluídas no estudo as matérias que faziam referência às questões de saúde, seja como foco principal da matéria (quando a pauta é sobre saúde) ou como foco derivado (quando a pauta principal é outro assunto, mas faz-se referência de maneira consistente às questões de saúde). Foi realizada seleção do universo de notícias e a classificação dos textos jornalísticos segundo a temática de saúde e sua frequência, bem como do período de publicação.

Depois de selecionadas as matérias, foram identificadas as condições de alta relevância em saúde que não receberam atenção midiática (Temas Midiaticamente Negligenciadas) em Portugal.

6.3 QUESTÕES ÉTICAS

A pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (CAAE 20693413.2.0000.5240) e foram concedidas autorizações formais dos jornais para realização do estudo.

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

7.1 ARTIGO 1: Editorial publicado na Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde.^o

O Mercado da atenção e as Doenças Midiaticamente Negligenciadas

Aline Guio Cavaca

Paulo Roberto Vasconcellos-Silva

Atualmente entende-se que, a depender do segmento social sobre o qual as atenções coletivas convergem e do capital simbólico que dele deriva, a visibilidade se torna condição de existência. Os meios de comunicação, por exemplo, constituem dispositivo de mediação amplamente consagrado, a fornecer matéria prima para construção de realidades e sentidos, assim como modelos específicos de percepção e interpretação do mundo¹. Até mesmo no que parece ser uma experiência imediata individual podem ser encontradas injunções de sentidos mediadas por esquemas da mídia¹ sendo cada vez mais evidente sua influência sobre a cultura, os comportamentos e as opções adotadas pela sociedade.

Na esfera da Saúde, os meios de comunicação social, juntamente com as novas Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs), influenciam cotidiana e intensamente a conformação do leque de possibilidades de acesso às informações. Modulam as campanhas educativas governamentais, tencionam estruturas assistenciais e pautam opções às escolas e à família². Diante disso, os estudos da exposição midiática e da audiência a determinados temas são lacunares à identificação das condições de desenvolvimento dos círculos de atenção social, essenciais tanto aos posicionamentos políticos, quanto às ações coletivas daí decorrentes.

^o Cavaca AG, Vasconcellos-Silva PR. O Mercado da atenção e as Doenças Midiaticamente Negligenciadas. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde* 2013; 15 (4): 4-5.

Apesar dos espaços cada vez mais amplos dedicados à saúde nos veículos de comunicação, os critérios envolvidos na noticiabilidade dos temas mais candentes acatam a lógica jornalística implicada no Mercado da Atenção, não raro desarticuladas de demandas essenciais de informação dos indivíduos mais vulneráveis^{3,4}. Questiona-se, portanto, o excessivo distanciamento entre os pesos que definem a divulgação de algum assunto (novidade, exclusividade, visibilidade, raridade), e os critérios que definem a relevância da divulgação dos temas de saúde, principalmente no que diz respeito às moléstias que prevalecem em condições de pobreza e não apresentam qualquer atrativo para a divulgação.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, as “Doenças da pobreza” atingem um sexto da população mundial e agregam negligências políticas, econômicas e científicas, categorizadas como “Doenças Negligenciadas”⁵. No Brasil, as mais comuns são: doença de Chagas, dengue, esquistossomose, malária, leishmaniose, hanseníase e tuberculose⁶. A condição de visibilidade pública dessas doenças - assim como de outras mazelas brasileiras em saúde - poderia implicar na sua inclusão nas bases de dados oficiais, consolidando-as como objetos de pesquisa e influenciando o debate das políticas públicas⁷, o que norteia as prioridades da agenda governamental⁸. No entanto, perante tantos problemas a tematizar em um mercado de noticiabilidade indiferente a tais questões, percebe-se que surgem condições e atores “midiaticamente negligenciados” porque raramente colocados em evidência em contraste com suas privações urgentes e inadiáveis.

O Mercado da Atenção delimitaria as condições de tal invisibilidade. Assim como a visibilidade enaltece necessidades de saúde, a invisibilidade pode conduzir à sua negligência na medida em que enfraquece o apelo político ao qual a saúde se liga⁷. Mesmo inadvertidamente, germinaria ignorância ativa ou passivamente construída sobre determinadas condições de doença inaparentes à sociedade. Aspectos centrais à discussão política sobre saúde evanescem no hiato entre a mídia e a saúde, assim como o protagonismo de certos atores sociais diretamente implicados no debate.

Acreditamos que, para além da negligência atribuída à Ciência, ao Mercado e ao Estado⁹, o silenciamento midiático acerca de determinados temas contribui para a perenidade dos problemas de saúde, distancia politicamente responsáveis de vulneráveis, assim como reforça a alienação desses indivíduos em relação às mínimas condições de subsistência constitucionalmente garantidas. A nosso ver, o sentido de tal

negligenciamento se define, sobretudo, na iniquidade do não tornar algo visível, quando isso é dever acessível e urgente. A dimensão moral de tal inação se amplia no desperdiçar fútil de espaços reservados a factoides prosaicos, em contraposição ao que se poderia (e deveria) facilmente contemplar como preocupações relevantes. Destaca-se, assim, a necessidade de ocupação de determinados espaços simbólicos e a relevância de se estudar as doenças, agravos em saúde pouco tematizados pelos meios de comunicação – as *Doenças Midiaticamente Negligenciadas*.

Em síntese, o estudo dos “silenciamentos” e da “negligência” midiática busca pôr em pauta não só a discussão da veiculação da saúde na mídia, mas também incluir o campo da Comunicação e Saúde como um todo. Acredita-se ser imprescindível ao reconhecimento dos assuntos de saúde relevantes e representativos de uma determinada população o entendimento de seus contextos, seus sentidos sociais, seus lugares de interlocução e as relações de poder que permeiam a prática comunicativa.

Referências Bibliográficas

- 1-Innerarity D. O novo espaço público. Lisboa: Editorial Teorema AS; 2006.
- 2-Vasconcellos-Silva PR, Castiel LD, Bagrichevsky M, Griep RH. As novas tecnologias da informação e o consumismo em saúde. Cad. Saúde Pública 2010; 26 (8): 1473-1482.
- 3-Epstein I. Comunicação de massa para a saúde: esboço de uma agenda midiática. Revista latinoamericana de Ciências de La comunicación 2008; Ano 5 (8-9): 132-142.
- 4-Almeida AR. A informação como ferramenta de promoção da saúde: saúde e doença no jornal regional “Diário do Grande ABC” [Dissertação]. São Bernardo do Campo: Programa de Pós-Graduação em Comunicação Social, Universidade Metodista; 2004.
- 5-World Health Organization. First WHO report on neglected tropical diseases: working to overcome the global impact of neglected tropical diseases. Geneva: WHO; 2010.
- 6-Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Doenças Negligenciadas: estratégias do Ministério da Saúde. Rev Saúde Pública 2010; 44 (1): 200-2.

7-Araújo IS, Moreira AL, Aguiar R. Doenças negligenciadas, comunicação negligenciada. Apontamentos para uma pauta política e de pesquisa. RECIIS- R. Eletr.de Com. Inf. Inov. Saúde 2013; 6(4) – Suppl.

8-Hudacek DL, Kuruvilla S, Kim N, et al. Analyzing media coverage of the Global Fund Disease compared with Lower Funded Diseases (Childhood pneumonia, Diarrhea and Measles). PLoS ONE 2011; 6 (6): 1-9.

9-Morel C. Inovação em saúde e doenças negligenciadas. Cadernos de Saúde Pública 2006; 22 (8): 1522-1523.

7.2 ARTIGO 2: Texto publicado no periódico Interface: Comunicação, Saúde, Educação.^{oo}

Doenças midiaticamente negligenciadas: uma aproximação teórica

Diseases neglected by the media: a theoretical approach

Enfermedades olvidadas por los medios de comunicación: un abordaje teórico

Aline Guio Cavaca

Paulo Roberto Vasconcellos-Silva

Resumo

Atualmente, a visibilidade midiática se apresenta como condição central para conhecimento público de mazelas sociais. Apesar dos espaços cada vez mais amplos dedicados à saúde nos jornais diários, os critérios para noticiabilidade obedecem à lógica jornalística e de mercado. Assim, entende-se que, enquanto a intensa cobertura tenderia a exaltar determinados problemas, a omissão de outros poderia contribuir para seu sub-dimensionamento político. Dessa maneira, este artigo visa problematizar para desenvolver bases teóricas úteis ao estudo das ‘doenças midiaticamente negligenciadas’, constituídas pelas demandas em saúde sobre as quais pouco se publica, usualmente relacionadas às condições de pobreza e iniquidade. Propõe-se, para tanto, uma problematização das lógicas midiáticas; uma reflexão acerca das definições de demandas e necessidades de saúde; análise da questão da (in)visibilidade midiática e, finalmente, identifica-se as bases conceituais que situam as ‘doenças midiaticamente negligenciadas’ como categoria derivada de tais reflexões.

^{oo} Cavaca AG, Vasconcellos-Silva PR. Doenças midiaticamente negligenciadas: uma aproximação teórica. *Interface comun. saúde educ.* 2015; 19 (52): 83-94.

Palavras-chave: Comunicação em saúde. Meios de comunicação de massa. Saúde Pública.

Abstract

Currently the visibility presents itself as a central condition for public awareness of social ills. Despite the increasingly broad spaces dedicated to health in newspapers, the criteria for newsworthiness of these issues concerned conform to journalistic and market's logic. Thus, it is understood that while the intense coverage tends to exalt certain problems, the omission of others could contribute to its political sub-sizing. So, this article aims to discuss theoretical basis useful to the study of 'diseases neglected by the media' which represent the health demands about which little is published, usually related to poverty. It is presented as a problematization of media attributes; reflection on the definitions of needs and demands of health; analysis of media (in) visibility; and finally, identification of the conceptual bases that situate 'diseases neglected by the media' as a category derived from such reflections.

Keywords: Health communication. Mass media. Public Health.

Resumén

Actualmente la visibilidad mediática se presenta como condición central para conocimiento público de males sociales. Apesar de espacios cada vez más amplios dedicados a salud en los periódicos, los criterios para el valor noticioso obedecen una lógica periodística y del Mercado. Así se entiende que mientras una intensa cobertura tendería a exaltar determinados problemas, la omisión de otros podría contribuir para su sub dimensionamiento político. Así, este artículo se propone desarrollar bases teóricas de las 'enfermedades olvidadas por los medios de comunicación', demandas en salud que se publica poco, generalmente relacionadas a las condiciones de pobreza. Se propone un debate de las lógicas mediáticas; una reflexión de las demandas y necesidades de salud; Se analiza la invisibilidad mediática y se identifican bases conceptuales que sitúan las 'enfermedades olvidadas por los medios de comunicación' como categoría derivada de tales reflexiones.

Palabras clave: Comunicación em salud. Medios de comunicación de masas. Salud Pública.

Introdução

Entende-se que, nos dias de hoje, em que a visibilidade se torna condição central para conhecimento público de determinadas mazelas na sociedade, o estudo da exposição midiática e da audiência a determinados temas poderia identificar as condições de desenvolvimento de círculos de atenção social - essenciais à produção e reprodução de sentidos e às ações coletivas. Para tanto, é importante caracterizar escalas de valoração e dinâmicas de reprodução que implicam a magnitude conferida aos temas mais enaltecidos, assim como, no sentido inverso, as condições eventualmente negligenciadas por conta de sua débil visibilidade e sustentabilidade política. Dessa maneira, acredita-se que o espaço destacado para doenças ou condições de menor apelo político-midiático merece ser devidamente identificado, descrito e analisado por metodologias especificamente destacadas para tanto.

Tal discussão se constrói sob as questões que abrangem dois campos já bem definidos – o da Comunicação e o da Saúde – com suas características específicas, intersecções e tensões de fronteira. Adota-se o conceito de campo desenvolvido pelo sociólogo Pierre Bourdieu¹ que o define como parte do espaço social, microcosmo dotado de leis próprias, com autonomias relativas em relação a outros campos. O autor usa a noção de ‘campo de forças’ quando indica a distribuição desigual dos recursos nesses espaços, que se configuram também como campos de lutas pela manutenção ou mudança de posições dos agentes que neles atuam.

Sob tais perspectivas, almeja-se problematizar possibilidades de pensar novas lógicas de valoração midiática no que se refere ao setor saúde, considerando que, conforme adverte Bourdieu¹ os limites entre os campos são demarcados pelos efeitos que produzem em conjunturas específicas, sendo, portanto, permeáveis a novas disputas e possibilidades valorativas.

Este artigo visa explorar os conceitos de necessidade de saúde *versus* negligência e visibilidade midiática, além de desenvolver insumos teóricos para a problematização das ‘doenças midiaticamente negligenciadas’ (DMN). Para apresentar a discussão proposta no presente estudo, o texto está estruturado em quatro segmentos: problematização das lógicas midiáticas e da influência da divulgação da saúde nas mídias; reflexão acerca das definições de demandas e necessidades de saúde; análise da questão da (in)visibilidade midiática e, finalmente, identificação e descrição das bases conceituais que situam as DMN como categoria derivada de tais reflexões.

Mídia, saúde e suas conjunções

É cada vez mais evidente a influência das mídias e das novas tecnologias de comunicação na sociedade contemporânea, a provê-la de discursos, posicionamentos políticos e factoides. Os meios de comunicação concebem, assim, o concreto de nossa percepção e interpretação do mundo, de maneira a atuar como próteses do senso comum². Quando se trata do suprimento da necessidade social da informação, a mídia amplia a visibilidade às questões coletivas, ao poder e ao mundo³. Além disso, possui o poder de pautar ao público os assuntos de interesse (Teoria do Agendamento), bem como de direcionar quais partes da realidade se tornarão visíveis (conceito de enquadramento)⁴. Nesse contexto, vale ressaltar que, quanto menor é a experiência direta do indivíduo em relação a um determinado assunto, maior é sua dependência dos meios de comunicação para compreender, contextualizar e posicionar-se perante informações e interpretações referentes a esse tema⁵, o que implica em seu poder de influência política na sociedade.

Existem atributos mais valorizados nos acontecimentos ordinários do dia-a-dia que os tornam noticiáveis (valores-notícia). Tratam-se de critérios de noticiabilidade que, de uma forma geral, dizem respeito à: i) raridade e atualidade da informação; ii) proximidade cultural ou geográfica do fato; iii) significatividade e visibilidade do acontecimento e dos atores envolvidos; iv) possibilidade de entretenimento do público; v) exclusividade da informação e vi) questões que mobilizam as paixões populares, dramáticas e inusitadas⁵.

Segundo Türrcke⁶ a notícia corresponde àquilo que merece ser noticiado – a ‘*coisa*’ pública – o não negligenciável em nossa sociedade e dia-a-dia. Entretanto, sabe-se que a mídia se vale da lógica de uma indústria cultural, fomentada pelo interesse do público – não necessariamente o ‘interesse público’. Este, não raro, se detém no contexto de uma sociedade capitalista, no espetáculo como valor em si, que assume centralidade nas definições de prioridades da atenção coletiva. Dessa forma, a cultura das frivolidades, da coisa privada, produz, cada vez mais, uma forma de consumo sumamente valorizada pela indústria, frequentemente desconsiderando o que se tem como ‘interesse público’, ou seja, questões ligadas à educação, saúde, política e justiça social.

Campos et al.⁷ afirmam que a noticiabilidade se ampara (além das especificidades da produção jornalística) nas expectativas sociais pressupostas pela imprensa, que tende a conferir destaque aos fatos valorizados, de alguma maneira, pelo senso comum. Assim sendo, os critérios substantivos de um fato (a importância e o interesse gerados pelo acontecimento) seriam consensuais e determinariam sua seleção pela sociedade antes mesmo que a imprensa o fizesse. Tal ‘respaldo’, conferido para interesses universais humanos, ajudariam a explicar um conservadorismo dos valores-notícia através do tempo e das culturas.

Entretanto, sob o ponto de vista do que aqui se pretende discutir, é fundamental questionar a coerência entre os valores sedimentados (seriam eles realmente consensuais?) em contraste com a relevância de outros temas, talvez mais urgentes. Como exemplo, a visibilidade sobre questões de saúde peculiares a populações em situação de vulnerabilidade poderia, a partir da ciência pública, conferir impulso político que talvez resultasse em benefícios à população implicada, a criar condições para o controle de suas mazelas - diferença entre interesse público e interesse *do público*, mais uma vez.

De uma maneira geral, a mídia produz reações controversas no campo da saúde. De um lado, concebe uma demanda importante, no que diz respeito ao anseio de ocupação de mais espaços de visibilidade pública. Por outro lado, é analisada como uma antagonista por alguns gestores e pesquisadores que aspiram uma retratação fidedigna de suas percepções e discursos sanitários, negando, muitas vezes, a pertinência e legitimidade das lógicas próprias de noticiabilidade⁸.

Nesse sentido, pode-se conceber visibilidade midiática como um dispositivo de produção e/ou legitimação de prioridades. Assim sendo, a negligência midiática, no que diz respeito a determinados assuntos de saúde, seria como uma nuance de ‘apagamento’ social, pois o que não existe é produzido como não-existente, tornando-se invisível à realidade hegemônica do mundo.

É certo que, apesar dos espaços cada vez mais amplos dedicados à saúde nos jornais diários das grandes cidades, os critérios para noticiabilidade dessas questões obedecem à lógica jornalística e de Mercado, na maioria das vezes descompassadas das demandas de informação dos receptores⁹ e, sobretudo, daquelas ligadas aos segmentos mais vulneráveis. Deste modo, os critérios de valor-notícia midiático mostram-se, na maioria das vezes, desarticulados das prioridades em saúde - um ‘valor-saúde’- que

apontariam para informações mais úteis à população sob condições insalubres, reversíveis e controláveis.

Para melhor contextualizar a discussão proposta a respeito da relação visibilidade *versus* negligência midiática em saúde, apresenta-se algumas reflexões referentes à temática.

A influência da divulgação midiática da saúde

Há muito é bem conhecido o grande alcance das mensagens midiáticas em diversos níveis sócio-educacionais¹⁰⁻¹² como importante instrumento de promoção da saúde individual e coletiva. Os meios de comunicação social, juntamente com as novas Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs), conformam a gama de possibilidades de acesso às informações em saúde, aliados às tradicionais campanhas educativas governamentais, às estruturas da esfera assistencial, às escolas e à família¹³. Além disso, segundo alguns autores¹⁴ a incapacidade de grande parte dos técnicos em saúde de se comunicar eficazmente com os sujeitos, torna o estudo da natureza e da função dos meios de comunicação peça central no equacionamento dos problemas de saúde da sociedade.

A influência midiática pode ser notada na procura por serviços de saúde, tanto por atendimentos de emergência quanto no planejamento de intervenções médicas futuras^{15,16}. Tal influência também se exerce na estruturação dos sistemas de saúde, nas políticas públicas e no planejamento de recursos¹⁷. Ou seja, as decisões políticas em saúde não ocorrem em um vácuo sociopolítico: a mídia desempenha papéis relevantes na visibilização de demandas, os quais geram círculos de atenção social, que, por sua vez, geram investimento em novas iniciativas, provimento de informações para os formuladores de políticas e influenciam a opinião pública nas priorizações em saúde na agenda governamental¹⁸.

Como se vê, essa relação *mídia e saúde* mostra-se como campo multifacetado, que desperta o interesse de pesquisadores de diversos centros de pesquisas no Brasil e no Mundo^{19,20}. No entanto, observa-se que o aspecto negativo de tais perspectivas, ou seja, os conteúdos de saúde relevantes que são sistematicamente desconsiderados, raramente são colocados como objetos de estudos.

Tais questões apresentam a necessidade de obter mais subsídios para discussão do valor-notícia das matérias ligadas ao campo da saúde (ou sua ausência). Na maioria das vezes, as questões de saúde dizem respeito ao ordinário do dia-a-dia, às questões altamente relevantes para a saúde dos indivíduos, mas que não representam nenhum ‘furo’ jornalístico. Entretanto, entende-se que a divulgação midiática de questões de saúde, relevantes para um determinado contexto, é importante tanto para atrair engajamentos de novos atores sociais, investimentos em pesquisas e desenvolvimento de novos fármacos, quanto para pautar os assuntos no dia-a-dia da população de uma forma geral. Sendo assim, dada a natureza de utilização pública e a vocação de ‘informar para modificar’ realidades, a ‘atração’ da mídia deveria também se basear em critérios de interesse público e não apenas em questões inusitadas, espetaculares ou catastróficas, usualmente as de maior valor-notícia midiático.

Contudo, como definir prioridades em saúde? Sob outras perspectivas, quais atores sociais seriam os ‘legítimos priorizadores’ de problemas/demandas relevantes ao destaque midiático? No contexto de um estado democrático, como e quem contaria com suficiente legitimação política para definir os ‘valores-saúde’ mais adequados ou urgentes para a sociedade? A discussão que se segue busca problematizar tais questionamentos.

Necessidades, demandas e ‘valor-saúde’: (in)definições

A discussão das ‘necessidades de saúde’ de uma população (algumas vezes descritos como *reais necessidades de saúde*) perpassa o entendimento intrincado e multifacetado do conceito de saúde e dos problemas de saúde pública, os quais já suficientemente debatidos por diversos autores²¹⁻²³. Os modelos explicativos usualmente empregados para definir as demandas nesse campo amparam-se, em grande parte, nos referenciais da economia e do planejamento em saúde, centrados nas condições admitidas como anormais vividas pelos usuários, ou seja, baseiam-se na doença²⁴. Tais modelos explicativos predominantes tendem a reduzir o sujeito pela objetivação da doença, cujas respostas são elaboradas restritamente a partir de conhecimentos especializados, amparados por suas racionalidades, de forma a desconsiderar a diversidade de contextos em que estas se inserem²⁴.

Esses argumentos nos incitam a alguns questionamentos: as demandas de saúde poderiam ser exclusivamente identificadas por um interlocutor qualificado, capaz de

determinar a conformação adequada a partir de seu conhecimento técnico-científico? Mais que isso, cabe discutir se seria possível a determinação de ‘valores-saúde’ à maneira dos valores-notícia das mídias, únicos e quantitativamente determinados, diante de uma realidade social complexa e plural? É certo que o conhecimento epidemiológico tem pautado um ‘agendamento’ hegemônico da saúde, mediante sua capacidade de identificar e mensurar os agravos à saúde, bem como seus mecanismos de intervenção e controle, através do estudo da frequência, distribuição e dos determinantes de tais agravos²⁵. Ressalta-se, também, sua função de apontar questões de relevância pública, no papel de ferramenta chave para a administração da saúde de um país e para orientação das decisões políticas²⁶.

Todavia, é importante considerar que a própria discussão epidemiológica é permeada de questões sociais e que um de seus objetos se situa no estudo dos determinantes sociais da saúde²⁷. Portanto, a epidemiologia se apresenta como uma construção heterogênea em seus objetivos, métodos e práticas²⁸, que admite como recurso a quantificação como estratégia central, mas que se mostra aberta às perspectivas críticas, multiculturais e de interlocução com a sociedade (e com as ciências sociais) para compreensão dos fenômenos que identifica e mensura com seus instrumentos²⁶.

Poderíamos considerar, então, que a epidemiologia detém o saber tradicionalmente instituído - mas não exclusivo - para determinar os critérios de priorização de problemas/questões, os ‘valores-saúde’ para a população. Mais que isso, é importante não se restringir à visão de custo-benefício balizada pelos indicadores e pelo planejamento normativo. A busca de uma análise plural e eticamente mais alinhada às necessidades de saúde de uma sociedade iníqua deve considerar, também, o prisma da vulnerabilidade social – que admite a exposição desigual das pessoas a determinadas formas de adoecimento. Isso implicaria um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos, contextuais e ambientais, que derivam em suscetibilidade desigual a males e, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para proteção dos grupos²⁹.

Deve-se observar que as necessidades de saúde não representam um bloco monolítico e conceitual que se limita às resoluções objetivas de problemas pré-concebidos. De acordo com Cordeiro³⁰, as necessidades de saúde podem ser concebidas em três dimensões: enquanto representação social, peculiar a cada classe social, gênero,

faixa etária e às individualidades dos sujeitos; enquanto dimensão médica, a qual se expressa através da perspectiva clínica, levando, muitas vezes, a um conflito entre o saber ‘científico’ e o entendimento de necessidade dos indivíduos que recorrem aos serviços; e enquanto concepção dos planejadores de saúde, baseadas, em sua maioria, em conceitos de custo-benefício. Já o conceito de *demanda em saúde*, segundo Cecílio³¹, seria a tradução das necessidades mais complexas do usuário, o seu pedido explícito, modelados pela oferta que os serviços fazem.

Assim, o estudo dos indicadores epidemiológicos representa uma ferramenta objetivadora para identificação de necessidades de saúde, embora apresente limitações em seus recortes e perspectivas de coleta e análise de dados. Segundo Camargo Jr.³², tais ‘problemas de saúde’, antes de tudo, não são objetos dados que se oferecem passivamente à observação, mediante o emprego de técnicas adequadas. Entende-se que o processo de identificação de problemas de saúde seja uma negociação complexa entre vários atores, cujos resultados são contingentes e instáveis ao longo do tempo.

Como possibilidade para reconhecimento e priorização dos problemas de saúde que representem maior risco em vista das vulnerabilidades da população e, principalmente, para os grupos excluídos socialmente, alguns autores sugerem o diálogo com a epidemiologia, aliado à valorização da percepção dos indivíduos e à discussão da reorganização da gestão e da micropolítica de saúde^{31,33}. Nessa acepção, Pinheiro et al.²⁴ defendem a tese de que a demanda e o direito à saúde devem ser concebidos como concepções renovadoras de sentidos, significados e vozes de sujeitos e interesses contextualizados e historicamente situados. De tal maneira, não é possível desprezar as potencialidades da epidemiologia na detecção de problemas e determinação de ‘valores-saúde’, desde que suas ferramentas sejam empregadas com a consciência crítica de suas incompletudes e da necessidade de se entender o lugar do indivíduo na construção social das demandas. Ainda que se discutam maneiras distintas de se analisar problemas de saúde, a necessidade de metodologias de escuta e percepção da polifonia social aqui se faz mister.

Em síntese, a partir da discussão (abreviada nesse trabalho em vista das limitações de espaço) sobre as possibilidades de se determinar ‘valores-saúde’, percebe-se que o emprego de sentidos únicos, legitimados exclusivamente por falas autorizadas, não sustentaria plenamente a compreensão de demandas, saberes e expectativas que emanam da sociedade. Além disso, o ‘valor-saúde’ deve buscar expressar as

vulnerabilidades sociais (fragilidades dos mais prejudicados socialmente) e, não, apoiar-se apenas em critérios de custo-benefício, como muito utilizado no Planejamento Normativo na década de 1960.

No entanto, os lapsos na circunscrição dos campos poderiam representar rico objeto de análise. Face ao exposto, propõe-se a reflexão do papel da mídia na problematização e enunciação das necessidades de saúde.

Visibilidade mediada e invisibilidade midiática

A participação da mídia na construção da realidade é determinante atualmente. Considerada por Thompson³⁴ a ‘era da visibilidade mediada’, hoje, à medida que a comunicação se acelera e a extensão das diversas mídias cresce, altera-se a percepção da realidade: até mesmo considera-se a existência de algo de acordo com sua veiculação midiática³⁵.

No contexto da visibilidade mediada, a distinção de questões públicas ou privadas perpassa a sua divulgação: se diz ‘público’ algo aberto, acessível ao público, visível a espectadores, para que muitos o vejam ou ouçam. Já questões privadas, ao contrário, representam o que se esconde da vista dos outros, o que é dito ou feito entre um círculo restrito de pessoas³⁴. A mídia possibilita, dessa maneira, que a publicidade de indivíduos, ações e eventos se dê independente da partilha de lugares comuns³⁴, permitindo a visibilidade de realidades. Mais que isso, conforme salienta Türke⁶ os sujeitos se acostumam de tal maneira com a torrente de estímulos cotidianos – no interior de uma lógica de reprodução e apreensão de qualquer instante - que paulatinamente perdem a sensibilidade para o que não se anuncia, para o que não prende o olhar.

A visibilidade se torna, desta forma, uma característica marcante dos tempos atuais, tal qual a intensa dependência dos meios de informação³⁶. Assim sendo, no que diz respeito à saúde, a visibilidade faz-se determinante na construção e manutenção do lugar de fala dos indivíduos no espaço público e no mercado simbólico das práticas e políticas de saúde^{36,37}. Torna-se essencial à capacidade de pautar os assuntos evidenciados pela mídia no dia-a-dia da população, incitando à discussão política sobre eles. Araújo et al.³⁶ defendem que, assim como a visibilidade pode colaborar para o reconhecimento de necessidades de saúde, a invisibilidade pode levar à negligência. Na

história recente, destaca-se a ampla dimensão midiática da aids, tornada em um fenômeno social marcado pelo desenvolvimento biotecnológico, pelo ativismo social, enfrentamento e tomadas de posição, diante de sua divulgação e repercussão nos meios de comunicação³⁸.

Portanto, as decisões acerca do que se apresenta como necessidade de ação imediata – considerando o panorama político das sociedades democráticas - nem sempre são levadas a termo em vista da influência política de outros problemas de maior exposição pelos meios de comunicação. Os recursos direcionados aos setores sociais mais distanciados da percepção midiática e cultural não raro comprometem sua estabilidade política. A representação midiática do próprio Sistema Único de Saúde (SUS) como um cenário exclusivo de iniquidades torna-se um exemplo representativo da potencialização da negligência. Suas dimensões mais positivas, assim como os resultados de suas conquistas mais recentes, desaparecem sob a priorização e hipervisibilidade de suas limitações, sobretudo no campo da assistência hospitalar, o que reverbera no desestímulo à mobilização social na luta pelas pautas da saúde pública³⁹. Portanto, ao discutir a desatenção midiática como fator de negligenciamento, devemos destacar sua propriedade formadora de sentidos e opiniões, assim como seu potencial de ocultamento da realidade.

Mas, então, o que seria essa ‘negligência’? As mídias deveriam ser incluídas no rol dos atores sociais aos quais se delega um poder que é deliberado e sistematicamente omissos sobre uma realidade que expõe iniquidades? Perante seu dever de divulgar o que é de interesse da sociedade, poderia ser considerada uma ‘negligência de visibilidade’ quando se nega foco às questões que trazem sofrimento, morte e perpetuação de condições de exclusão social?

A etimologia liga a palavra negligência à falta de atenção ou cuidado, desleixo, incúria⁴⁰. Negligenciar denota não dar atenção, menosprezar, até mesmo esquecer. No que tange à esfera jurídica, a negligência relaciona-se à inércia psíquica e à inobservância ou omissão de dever do agente⁴¹. Apesar de não haver dever jurídico, entende-se que os meios de comunicação possuem deveres éticos e morais com a sociedade, bem como finalidade educativa e de promoção da cultura, conforme princípio garantido no Capítulo V da Constituição Federal⁴². Assume-se, portanto, como sentido de negligência midiática a iniquidade de não tornar visível quando é função

acessível e urgente. Em outras palavras, quando há falha de intervenção originada por algo que deveria ser priorizado, mas não o foi, está colocada a negligência.

O entendimento do negligenciamento midiático da saúde inspira-se no uso do conceito de negligência pela Organização Mundial da Saúde (OMS) ao definir as ‘doenças negligenciadas’. Tais doenças crônicas, incapacitantes e com condições estigmatizantes prevalecem em condição de pobreza e atingem um sexto da população mundial⁴³. São, em sua maioria, de origem parasitária, sendo que, no Brasil, as mais comuns são: doença de Chagas, dengue, esquistossomose, malária, leishmaniose, hanseníase e tuberculose⁴⁴. Acredita-se que, para além da negligência atribuída à Ciência, ao mercado e ao Estado⁴⁵ o silenciamento midiático acerca das doenças negligenciadas e de outros problemas de saúde contribui para sua perenidade, distancia politicamente responsáveis de vulneráveis, assim como reforça a alienação destes das mínimas condições de subsistência constitucionalmente garantidas.

Sendo assim, entende-se que a visibilidade *per se* não garante priorização dos problemas de saúde, porém há autores convencidos de que a ausência de espaços midiáticos suficientes às necessidades dos indivíduos equivale à negligência em pesquisa, tecnologias, ações e serviços voltados para as mesmas³⁶. Por esses motivos, destaca-se a relevância de se analisar doenças e questões de saúde pouco tematizados pelos meios de comunicação, apesar de sua relevância social – as doenças midiaticamente negligenciadas.

Doenças midiaticamente negligenciadas

Amparados nas reflexões apresentadas até aqui, entende-se que os meios de comunicação podem estar implicados na negligência política, econômica e social de determinadas questões de saúde, como também podem veicular uma ‘comunicação negligenciada’ - centralizadora, descontextualizada e instrumental³⁶. No entanto, considera-se, também, que a mídia pode ser negligente em relação a questões de saúde ao ignorá-las, priorizando a veiculação de banalidades em detrimento de informações relevantes à saúde da população.

Além de discutir a negligência de informação, deve-se considerar a produção de ‘desinformação’ e ignorância por essa mesma mídia. É muito difícil saber o que

ignoramos, mas é certo que, assim como o conhecimento, a ignorância é socialmente construída.

De acordo com Proctor⁴⁶ a ignorância é produzida através de mecanismos como negligência deliberada ou inadvertida ('sem querer'), supressão ou sigilo, destruição documental, tradição inquestionada ou uma miríade de formas de seletividade político-cultural inerente (ou evitáveis). Assim sendo, da mesma maneira que se produz conhecimento em saúde, seja através de estudos acadêmicos, seja através das ações governamentais, escolares, midiáticas de educação em saúde ou até mesmo por divulgação publicitária, se dá a produção de ignorância (e negligência) pelas mesmas instâncias. Pode ser passivamente construída - quando se foca determinado 'lado' da questão e se obscurece outro aspecto da mesma- ou ativamente construída, quando se tenta confundir ou enviesar as evidências de determinado efeito na saúde de um certo medicamento ou do próprio tabagismo, conforme ocorreu em nossa História recente, por exemplo.

Cristensen⁴⁷ explica como os valores jornalísticos já foram usados para perpetuar a 'agnogênese' intencionada pela indústria tabagista, que se valeu da objetividade jornalística para justificar que o discurso científico era explorado de forma parcial e superficial e do critério do 'equilíbrio e imparcialidade'. De tal forma, garantiu espaço a seus argumentos tendenciosos na notícia, a partir da premissa de que a mídia deveria dar voz aos diferentes atores e interesses sobre a questão do fumo. Há que se considerar, dessa forma, a possibilidade das empresas jornalísticas (exceto honrosas exceções) produzirem informações 'midiaticamente negligenciadas' quando excluem de sua agenda assuntos que possam ferir interesses a que se prestam (aspectos políticos, econômicos e sociais indigestos ao capitalismo globalizado). Incluem-se nesse cenário alguns interesses escusos do próprio setor saúde, conformado por representações governamentais, civis, mas também comerciais, que não devem ser esquecidos. A tais 'atores', o que seria interessante que se continuasse a ignorar?

Poderíamos afirmar que, enquanto a intensa cobertura tenderia a exaltar determinados problemas, a omissão de outros poderia contribuir para seu subdimensionamento político. Destaca-se, assim, a necessidade de ocupação de determinados espaços simbólicos e a relevância de se estudar as doenças, agravos e problemas de saúde pouco tematizados pelos meios de comunicação. O problema em si não é a 'necessidade' de informação, pois não se pode responder à questão de falta de

sentido com informações. Muitas seções de ciência e saúde encontram-se disponíveis, repletas de informações apresentadas ‘sem controvérsias’ – uma visão triunfalista da ciência, que alimenta ideias biopolíticas de saúde e doença, com caráter usualmente moralista e conservador.

Então por que almejar que as doenças e as questões de saúde NÃO sejam midiaticamente negligenciadas? Por que a mídia, ao privilegiar essa visão triunfalista da ciência, foca em assuntos de saúde que coadunam com a lógica de Mercado e abordam a saúde com esse *frame* – valorizando o fútil, inflando o banal, prescrevendo comportamentos e vendendo mercadorias. Será que o fazem cientes de que a visibilidade é essencial para pautar políticas públicas e discussões nos mais diversos círculos sociais? Consideram em suas pautas as doenças relacionadas à pobreza, do interior dos países, dos subúrbios das cidades e das minorias sociais que deveriam ocupar espaços na mídia tanto quanto as novas biotecnologias revolucionárias “dos últimos tempos da última semana”? Admitindo-se a intensificação dos elos entre o direito à informação e o direito à saúde, destaca-se, portanto, a relevância de se analisar as DMN. As mazelas de saúde que não despertam interesse jornalístico por não atenderem aos critérios de novidade e do extraordinário. A importância de devassar o que é invisibilizado: as doenças negligenciadas pela cobertura jornalística (assim como suas condições circundantes) e o peso desses silêncios sobre os segmentos sociais mais vulneráveis.

Parte-se do questionamento do excessivo distanciamento entre os pesos que definem a divulgação de algum assunto (novidade, exclusividade, visibilidade, raridade), e os critérios que definem a relevância da divulgação das questões de saúde, principalmente no que diz respeito às moléstias que prevalecem em condições de pobreza e não apresentam qualquer atrativo para a divulgação midiática. Dessa maneira, propõe-se a discussão sobre as diferenças entre as necessidades e valorações midiáticas (valores-notícia) e as necessidades de saúde (‘valor-saúde’), com o intuito de potencializar o diálogo entre ambos, a fim de propor uma lógica de valoração mais sintonizada. Sob tais ângulos, seria oportuna a criação de um ‘valor-saúde-notícia’⁹, que entenda a comunicação midiática mais do que um insumo de saúde, mas como componente estratégico do campo da Comunicação e Saúde, de alta relevância para o desenvolvimento de Políticas Públicas.

Considerações finais

O estudo aponta encontros e desencontros entre saúde e mídia, evidencia ‘silenciamentos’ e lança algumas propostas de reflexão a respeito de DMN. Não se recusa, aqui, a legitimidade das lógicas de noticiabilidade, porém, clama-se por espaços e reprodução de discursos midiáticos mais contextualizados com as necessidades de saúde da população, capazes de pautar discussões e, quiçá, sobressair-se sendo utilidade pública. Afinal, a descoberta de demandas, muitas vezes, leva a um efeito de mobilização social que surpreende até as mais afinadas interpretações sociológicas.

Importante também considerar que, embora legítimo num contexto genérico e abstrato, as mídias não são instituições monolíticas, inteiramente controladas por elites comprometidas com os interesses do capitalismo global⁴⁸. Experiências alternativas, autônomas e marginais de comunicação massiva compõem um espectro de possibilidades de comunicação e saúde relevantes, que muitas vezes registram experiências contextualizadas e bem sucedidas em comunidades, movimentos sociais e associação de pacientes, por exemplo. Trazem visibilidade para pautas periféricas e dão voz a atores invisíveis na grande mídia. Porém, ao mesmo tempo em que podem trazer à tona DMN, em sua maioria, são elas mesmas negligenciadas pelo mercado e sofrem de constrangimentos econômicos e políticos que as invisibilizam.

A proposta de discutir um ‘valor-saúde-notícia’ trata de uma tentativa de aproximar os propósitos, de apresentar uma alternativa possível de sintonia. Provável sintonia, uma vez que os resultados não são garantidos. Mais que isso, não basta sintonizar as lógicas midiáticas (valores-notícia) e as necessidades de saúde (‘valor-saúde’) e viabilizar uma comunicação instrumental e transferencial para a população. Deve-se, pois, lutar por uma comunicação dialógica que não só corresponda às expectativas e necessidades dos sujeitos, mas que, sobretudo, lhes permita o acesso aos meios de produzir comunicação e fazer circular seus próprios sentidos, discursos e modos de entendimento da saúde e da vida e suas necessidades daí decorrentes³⁶.

A partir das reflexões apresentadas nesse artigo, buscou-se uma aproximação teórica da discussão das DMN, certos de que a identificação e discussão das mesmas prosseguirão em outros trabalhos. Almeja-se, assim, não só qualificar as DMN como uma categoria analítica, como também possibilitar a aproximação entre as perspectivas de saúde e midiáticas, através de uma avaliação mais acessível e, talvez, também mais sensível às discrepâncias ainda mal identificadas ou àquelas nunca percebidas.

Colaboradores

Aline Guio Cavaca responsabilizou-se por todas as etapas de produção do manuscrito. Paulo Roberto Vasconcellos-Silva responsabilizou-se pela revisão crítica e aprovação da versão final a ser publicada.

Referências

1. Bourdieu P. O poder simbólico. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 1989.
2. Innerarity D. O novo espaço público. Lisboa: Editorial Teorema AS; 2006.
3. Gentili V. Democracia de massas: jornalismo e cidadania. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2005.
4. Sousa JP. Elementos de teoria e pesquisa da comunicação e dos media. 2a ed. Porto: Universidade Fernando Pessoa; 2006.
5. Wolf M. Teorias da Comunicação. 5a ed. Lisboa: Editorial Presença; 1999.
6. TÜRCKE C. Sociedade excitada: filosofia da sensação. Campinas: Unicamp; 2010.
7. Campos MATF, Vieira CDD, Mota JAC. A infância sem segredos: a noticiabilidade jornalística do crime de exploração sexual de crianças e adolescentes. Interface (Botucatu). 2009; 13(30):17-29.
8. Araújo I. As mídias, as instituições de saúde e a população: convergências e divergências na comunicação sobre a prevenção da dengue. Organicom. 2012; 9(16/17):50-66.
9. Epstein I. Comunicação de massa para a saúde: esboço de uma agenda midiática. Rev Latinoam. Cienc Comunic. 2008; 5(8-9):132-42.
10. Moraes HJP, Sá JB. Mídia e educação: reflexões, relatos e atuações [Internet]. In: Anais do 3o Simpósio sobre Formação de Professores –SIMFOP; 2010; Tubarão, Brasil. Tubarão: Ed. da Unisul, 2010. p. 1-8.

11. Bévort E, Belloni ML. Mídia-educação: conceitos, história e perspectivas. *Educ Soc.* 2009; 30(109):1081-102.
12. Epstein I. Comunicação e Saúde. *Comunic Soc.* 2001; 22(35):159-86.
13. Vasconcellos-Silva PR, Castiel LD, Bagrichevsky M, Griep RH. As novas tecnologias da informação e o consumismo em saúde. *Cad Saude Publica.* 2010; 26(8):1473-82.
14. Ratzan S, Payne S, Bishop C. The status and scope of health communication. *J Health Commun.* 1996; 1(1):25-42.
15. Taberner JS, Leite PC, Cutait MM, Takada J, Mansur AP, Caramelli B. A influência da mídia nos atendimentos cardiológicos de urgência: o caso Bussunda. *Rev Assoc Med Bras.* 2007; 53(4):335-7.
16. Sudore RL, Landefeld CS, Pantilat SZ, Noyes KM, Schillinger D. Reach and impact of a mass media event among vulnerable patients: the Terri Schiavo story. *J Gen Intern Med.* 2008; 23(11):1854-7.
17. Canela G. A cobertura jornalística das políticas públicas sociais: elementos para debate. In: Canela G, organizadores. *Políticas públicas sociais e os desafios para o jornalismo.* São Paulo: Cortez Editora; 2008. p.10-30.
18. Hudacek DL, Kuruvilla S, Kim N, Semrau K, Thea D, Qazi S, et al. Analyzing media coverage of the Global Fund Disease compared with Lower Funded Diseases (Childhood pneumonia, Diarrhea and Measles). *PLoS ONE.* 2011; 6(6):1-9.
19. Njaine K, Minayo MCS. A violência na mídia como tema da área da saúde pública: revisão da literatura. *Cienc Saude Colet.* 2004; 9(1):201-11.
20. Schulz PJ, Hartung U. Health communication research in Europe: an emerging field. *Health Commun.* 2010; 25(6-7):548-51.
21. Almeida Filho N. O conceito de saúde: ponto-cego da epidemiologia? *Rev Bras Epidemiol.* 2000; 3(1-3):4-20.

22. Camargo Júnior KR. Epistemologia numa hora dessas? (os limites do cuidado). In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Cuidado: as fronteiras da integralidade. São Paulo: Hucitec; 2004. p. 157-70.
23. Costa JSD, Victora CG. O que é um problema de saúde pública? Rev Bras. Epidemiol. 2006; 9(1):144-51.
24. Pinheiro R, Guizardi FL, Machado FRS, Gomes RS. Demanda em saúde e direito à saúde: liberdade ou necessidade? Algumas considerações sobre os nexos constituintes das práticas de integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: Cepesc/UERJ, Abrasco; 2005. p. 11-31.
25. Leal MC, Bittencourt SA. Desenvolvimento da pesquisa epidemiológica em saúde pública: sugestões baseadas na experiência. In: Hortale VA, Moreira COF, Bodstein RCA, Ramos CL, organizadores. Pesquisa em Saúde Coletiva: fronteiras, objetos e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010. p. 129-49.
26. Breilh J. Epidemiologia crítica: ciência emancipatória e interculturalidade. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
27. Buss P. Saúde Pública Hoje. In: Hortale VA, Moreira COF, Bodstein RCA, Ramos CL, organizadores. Pesquisa em Saúde Coletiva: fronteiras, objetos e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010. p. 33-55.
28. Goldberg M. Este obscuro objeto da epidemiologia. In: Czeresnia D, organizadora. Epidemiologia: teoria e objeto. 3a ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco; 2002. p. 87-136.
29. Ayres JRCM, França Júnior I, Calazans GJ, Saletti Filho HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências. 2a ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. p. 121-43.
30. Cordeiro H A. Saúde: concepções e políticas públicas – o conceito de necessidades de saúde e as políticas sanitárias. In: Amâncio Filho A, Moreira

- MCGB. Saúde, trabalho e formação profissional. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p. 41-7.
31. Cecílio LCO. As necessidades em saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ; 2001. p. 113-26.
 32. Camargo Júnior KR. Das necessidades de saúde à demanda socialmente constituída. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: Cepesc/UERJ, Abrasco; 2005.p. 91-101.
 33. Rangel-S ML. Comunicação no controle de risco à saúde e segurança na sociedade contemporânea: uma abordagem interdisciplinar. Cienc Saude Colet. 2007; 12(5):1375-85.
 34. Thompson JB. A mídia e a modernidade: uma teoria social da mídia. 12a ed. Petrópolis: Vozes; 2011.
 35. Guareschi PA. Mídia e democracia: o quarto versus o quinto poder. Debates. 2007; 1(1):6-25.
 36. Araújo IS, Moreira AL, Aguiar R. Doenças negligenciadas, comunicação negligenciada. Apontamentos para uma pauta política e de pesquisa. RECIIS- R. Eletr Com Inf Inov Saude. 2013; 6(4) [acesso 2014 Mar 11]. Disponível em: <http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/viewFile/738/1378>
 37. Araújo IS. Mercado simbólico: um modelo de comunicação para políticas públicas. Interface (Botucatu). 2004; 8(4):165-78.
 38. Spink MJP, Medrado B, Menegon, VM, Lyra J, Lima H. A construção da aids-notícia. Cad Saude Publica. 2001; 17(4):851-62.
 39. De Lavor A. “Cegueira seletiva” enxerga produtos e esconde necessidades. Radis Comunic Saude. [Internet], 2011 abr [acesso em 17 de set 2014]; 23. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/sites/default/files/104/radis-104.pdf>

40. Holanda AB. Negligência. In: Holanda AB, organizador. Mini-aurélio: o dicionário da língua portuguesa. 8a ed. Curitiba: Positivo; 2012. p.529.
41. Diniz MH. Negligência. In: Diniz MH. Dicionário Jurídico. São Paulo: Saraiva; 1998 (v.3), p. 345.
42. Constituição da República Federativa do Brasil (1988). Brasília (DF): Senado Federal; 1988.
43. World Health Organization. First WHO report on neglected tropical diseases: working to overcome the global impact of neglected tropical diseases, 2010 [acesso 2014 Fev 8]. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241564090_eng.pdf
44. Ministério da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Doenças negligenciadas: estratégias do Ministério da Saúde. Rev Saude Publica. 2010; 44(1):200-2.
45. Morel C. Inovação em saúde e doenças negligenciadas. Cad Saude Publica. 2006; 22(8):1522-3.
46. Proctor RN, Schiebinger L. Agnotology: the making and unmaking of ignorance. Stanford: Stanford University Press; 2008.
47. Christensen J. Smoking out objectivity: journalistic gears in the agnogenesis machine. In: Proctor RN, Schiebinger L, organizadores. Agnotology: the making and unmaking of ignorance. Stanford: Stanford University Press; 2008. p.266-82.
48. Downing J, Ford TV, Gil G, Stein L. Mídia radical: rebeldia nas comunicações e movimentos sociais. São Paulo: Senac; 2002.

7.3 ARTIGO 3: Texto a ser submetido ao periódico Interface: Comunicação, Saúde, Educação.

**‘Valor-saúde’: critérios epidemiológicos prioritários
para a Comunicação e Saúde**

Aline Guio Cavaca

Paulo Roberto Vasconcellos-Silva

Tatiana Breder Emerich

Edson Theodoro dos Santos-Neto

Adauto Emmerich Oliveira

Resumo

O estudo objetiva desenvolver critérios de prioridades para Comunicação e Saúde (‘valor-saúde’), a partir da análise de Políticas de Saúde e de dados de morbimortalidade do Espírito Santo (ES). Foi realizada uma pesquisa documental, a partir de dados de 2011 e 2012, coletados em Políticas estaduais e nos Sistemas de Informação em Saúde, hierarquizados segundo critério decrescente de causas de mortalidade, morbidade e notificação, além da coincidência da doença em mais de uma Política selecionada. Assim, o ‘valor-saúde’ evidenciou condições mórbidas idealmente prioritárias na pauta midiática do ES: doenças isquêmicas do coração, cerebrovasculares, pneumonia, neoplasias, tuberculose, hanseníase, esquistossomose e dengue. Destaca a persistência de doenças relacionadas às condições socio sanitárias precárias, além da mortalidade infantil e materna, sífilis em gestantes, Aids, diabetes e coqueluche. Dessa maneira, o ‘valor-saúde’ atua como relevante critério no processo de publicização e midiatisação de problemas públicos, a fim de criar atenção e pautar debates na sociedade.

Palavras-chave: Comunicação em saúde; Indicadores de morbimortalidade; Saúde pública; Meios de comunicação de massa; Epidemiologia.

‘Health-value’: priority epidemiological criteria for Health Communication

Abstract

The study aims to develop priorities criteria for Health Communication (‘health-value’), from the analysis of Health Policies and morbidity and mortality data of Espírito Santo (ES). Documentary research was performed from 2011 and 2012 data, collected in State policies and Health Information Systems, ranked according to decreasing criterion causes of mortality, morbidity and notification, in addition to the coincidence of the disease in more than one Policy selected. So, the ‘health-value’ showed ideally priority morbid conditions in the media agenda of ES, such as: ischemic heart diseases, cerebrovascular diseases, pneumonia, cancer, tuberculosis, hanseniasis, schistosomiasis and dengue. Highlights the persistence of diseases related to poor socio-sanitary conditions, in addition to child and maternal mortality, syphilis in pregnant women, Aids, diabetes and pertussis. Thus, the ‘health-value’ acts as a relevant criterion in publicization and mediatization of public problems in order to create attention and guided debates in society.

Key-words: Health Communication; Indicators of Morbidity and Mortality; Public Health; Mass media; Epidemiology.

"Valor-salud": criterios epidemiológicos de prioridad para la Comunicación y Salud

Resumen

El objetivo de este estudio fue desarrollar criterios para las prioridades en materia de comunicación y salud ("valor-salud"), basándose en el análisis de las políticas de salud y los datos de la morbilidad y la mortalidad del Espírito Santo (ES). Hubo una investigación documental (2011 y 2012), recogidos en las políticas provinciales y Sistemas de Información en Salud. El "valor-salud" mostraba condiciones mórbidas idealmente prioritarias en los medios de comunicación del ES: enfermedad isquémica del corazón, enfermedad cerebrovascular, la neumonía, el cáncer, la tuberculosis, la lepra, la esquistosomiasis y el dengue. Destaca la persistencia de enfermedades relacionadas con las condiciones precarias socio-sanitarias, la mortalidad infantil y materna, la sífilis en mujeres embarazadas, el sida, la diabetes y la

tos ferina. El “valor-salud” actúa como criterio pertinente en el proceso de publicidad y mediatización de problemas públicos, llamando la atención de los debates en la sociedad.

Palabras-clave: Comunicación en Salud; Indicadores de Morbimortalidad; Salud Pública; Medios de Comunicación de Masas; Epidemiología.

INTRODUÇÃO

Atualmente, os indivíduos que almejam uma atualização ágil e acurada do que lhes é essencial à vida cotidiana necessitam selecionar as informações relevantes a partir de uma profusão midiática. Assim, a saliência das notícias assume um novo sentido: os produtores noticiosos necessitam de uma injeção multissensorial para sensibilizar o aparato de sentidos ultraestruturado dos contemporâneos. Em síntese, causar uma sensação¹. Nesse contexto, sabe-se da importância dos meios de comunicação de massa e das novas Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs) como insumos de saúde^{2,3}, seja aos programas de intervenção e prevenção⁴, à veiculação de campanhas governamentais⁵, à educação e promoção da saúde⁶, bem como à criação de pautas e campos de debates a respeito das políticas públicas no setor^{7,8}. A imprensa também desempenha papel importante na vigilância epidemiológica, atuando como fonte de dados em investigações de epidemias ou agravos inusitados⁹. Assim sendo, os estudos sobre a veiculação midiática da saúde tornam-se relevantes e expressivos no contexto nacional e internacional^{10,11,12,13}.

Cada vez mais se ampliam os espaços dedicados à saúde nos jornais diários¹⁴. Entretanto, para compor a pauta jornalística, tais assuntos devem ser relevantes ou “esquentados” para chamar atenção - ou causar uma sensação - obedecendo à lógica jornalística e do Mercado da Atenção¹⁵. Porém, na maioria das vezes, os problemas de saúde se referem ao ordinário do dia-a-dia, sobretudo no que diz respeito às mazelas dos segmentos mais vulneráveis da população, que raramente agregam elementos típicos de noticiabilidade¹⁴. Considerando-se tais premissas, questiona-se: Quais critérios confeririam relevância no processo de noticiabilidade jornalística? Critérios de noticiabilidade poderiam dialogar com os de relevância epidemiológica na divulgação dos assuntos de saúde?

A produção de notícias se inicia pela seleção, organização e hierarquização das informações^{16,17}. Nas atividades de seleção há um conjunto de critérios - conhecidos como valores-notícia - que definem a noticiabilidade dos fatos¹⁸ ligados a: notoriedade dos atores envolvidos, eventos catastróficos ou inusitados, proximidade geográfica e cultural, relevância, novidade, momento (atualidades e datas comemorativas), inesperado, infração, escândalo, disponibilidade de dados, visualidade, concorrência (possibilidade do “furo jornalístico”) e personalização e dramatização¹⁹.

Paralelamente, há critérios organizacionais que se constituem pela manifestação do que prescreve a instituição como agente normatizador da prática jornalística. Além destes, existem ainda os *valores-notícia potenciais* – conjunto de expectativas da audiência ainda não exploradas – ligados à margem de crescimento e de renovação dos padrões jornalísticos vigentes²⁰.

A partir de tais potencialidades, discute-se aqui a ideia de um ‘valor-saúde’ ligado a critérios epidemiológicos que se tornariam centrais à Comunicação e Saúde, como ponto de aproximação entre as duas áreas. Nesse caso, a definição de um ‘valor-saúde’ fundamentado em critérios epidemiológicos se justificaria pela proeminência desse campo de saberes na definição de prioridades, alocação de recursos e na administração e orientação de decisões políticas no setor^{21,22}, e na intenção de revelar, inicialmente, critérios de relevância tais quais os critérios midiáticos¹⁹.

Diante dessas questões, descreve-se a seguir dados representativos das necessidades de saúde no estado do Espírito Santo no que tange às doenças que levam às principais causas de mortalidade e morbidade, tanto no que diz respeito às internações no SUS, quanto às principais doenças de notificação compulsória. Percebemos o valor-saúde como categoria dinâmica, em transformação constante, que acompanha, além das variações epidemiológicas, as inclinações do imaginário coletivo e os riscos percebidos pelas culturas em seus devidos contextos históricos.

O objetivo do presente trabalho é desenvolver um ‘valor-saúde’ com base na identificação de doenças que deveriam ter prioridade de divulgação na mídia do Espírito Santo. Com isso, espera-se lançar luz sobre alguns pontos obscurecidos que deveriam ser adequadamente elencados em vista de sua relevância epidemiológica e político-social.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo documental a partir de dados de saúde do Espírito Santo, referentes aos anos de 2011 e 2012, envolvendo as seguintes etapas:

Etapa I – Fontes dos dados

Adotou-se o conceito de doença estabelecido na Portaria 1.271 do Ministério da Saúde²³, pela qual se define “enfermidade ou estado clínico, independente de origem ou fonte, que represente ou possa representar um dano significativo para os seres humanos”. Os agravos e causas externas (tais como acidentes, lesões hetero ou

autoinfligidas, parto ou complicações e intoxicações) foram excluídos do escopo do estudo.

O Plano Estadual de Saúde (PES) e o Plano Diretor de Regionalização de Saúde (PDR) foram selecionados como documentos oficiais sinalizadores de prioridades no ES, pois representam importantes instrumentos adotados no planejamento em saúde e consequente definição de prioridades políticas no setor. O **PES 2012-2015** define a política estadual para a saúde no período, representando o processo de planejamento estratégico do Governo e as prioridades reafirmadas para a sociedade²⁴. Já o **PDR** foi elaborado a partir do levantamento das características e das necessidades de saúde de cada região do ES, entendendo a relevância de se desenhar um sistema de saúde em redes resolutivas e com capacidade de garantir a integralidade da atenção²⁵. Para analisar as **prioridades de pesquisa estaduais**, entende-se que o Programa de Pesquisa para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde – PPSUS²⁶ atua como importante sinalizador de demandas socio sanitárias, além de fomentar as pesquisas científica, tecnológica ou de inovação que contribuirão para a resolução de problemas prioritários de saúde da população do ES.

Os dados de mortalidade foram selecionados por representarem a principal fonte de dados para se conhecer o perfil epidemiológico de uma área, analisar tendências, indicar prioridades e avaliar programas²⁷. As evidências produzidas por esses indicadores, juntamente aos relacionados às morbidades, devem servir de base para identificar grupos humanos com maiores necessidades de saúde, estratificar o risco epidemiológico e circunscrever áreas críticas, constituindo, assim, um insumo para o desenvolvimento de políticas e prioridades ajustadas às necessidades da população^{27,28,29}.

Os indicadores de morbidade expressam a magnitude da ocorrência de doenças nas populações, também utilizados para avaliação de serviços e programas de saúde^{27,28,29}. As variáveis epidemiológicas envolvidas na composição da morbidade hospitalar possibilitam um bom panorama e, embora haja dificuldade de mensurar os custos de qualquer doença, os gastos hospitalares contabilizados a partir dos dados do SIH/SUS, com base nas AIHs (Autorização de Internação Hospitalar), representam uma importante ferramenta para o planejamento de gastos em saúde³⁰. Além disso, contribui para o engajamento e decisões políticas na gestão da rede assistencial diante da crescente demanda por hospitalização na esfera estadual²⁴.

As doenças de notificação compulsórias representam as doenças, agravos e eventos de importância para a saúde de abrangência nacional, em toda a rede de saúde pública e privada. O Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) tem a finalidade de ser utilizado como principal fonte de informação para a vigilância epidemiológica das três esferas de gestão, permitindo monitorar tendências, realizar estimativas de magnitude e de carga de doença e detectar eventos de interesse (<http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/>).

Etapa II – Coleta das informações

Para identificação das doenças consideradas como prioridades políticas e de pesquisa foram consideradas todas aquelas evidenciadas em pelo menos um dos documentos: PES 2012-2015²⁴, PDR 2011²⁵ e edital estadual de Pesquisa Para o SUS-PPSUS³¹.

Para a coleta dos dados relativos à **mortalidade**, consultou-se o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) a partir do Banco de Dados Estadual – TABNET da Secretaria de Saúde do Espírito Santo (<http://www.saude.es.gov.br>). Consideraram-se as “causas Lista BR” de mortalidade, nos anos de óbito 2011 e 2012. Os dados relativos à **morbidade** foram extraídos a partir do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS) (www.datasus.gov.br). Foram selecionadas as informações referentes às internações nos anos de processamento 2011 e 2012, tendo como local de residência o estado do ES, segundo lista *Morb CID-10*.

Os dados referentes às **Doenças de Notificação Compulsória** foram consultados no SINAN, a partir do site do DATASUS (www.datasus.gov.br). As doenças de notificação foram selecionadas individualmente no sistema e, posteriormente, agrupadas em uma tabela. Foram considerados os casos confirmados com apresentação dos primeiros sintomas em 2011 e 2012. Os dados relativos à Influenza e à AIDS foram obtidos diretamente na Secretaria de Saúde do ES.

Etapa III – Organização dos dados: critérios de inclusão e exclusão das doenças

As tabelas geradas no SIM e SIH dispõem as doenças em subdivisões que acompanham as preconizadas no CID-10: capítulos, grupos, categorias e subcategorias. A fim de evitar duplicidades na prevalência das doenças, as subdivisões menos específicas foram excluídas, exceto quando não havia outra representação

daquela doença na tabela. Dessa forma, retiraram-se os títulos referentes às categorias, aos capítulos, e a algumas subdivisões das categorias. Os capítulos foram mantidos somente quando não havia categorias interpostas no mesmo.

Na tabela de Notificação Compulsória e nos dados de Prioridades Políticas e de Pesquisa as doenças foram mantidas conforme disponibilizadas no SINAN e nas políticas.

Etapas IV – Hierarquização das doenças e definição do ‘valor-saúde’

A hierarquização das doenças seguiu o critério decrescente de ocorrência das tabelas de Mortalidade, Morbidade e Notificação. Nos dados de Prioridades Políticas e de Pesquisa, foi adotado o critério da coincidência da doença em mais de uma Política selecionada, também de maneira decrescente.

As principais doenças de cada categoria foram agrupadas no *Microsoft Office Excel 2010* e hierarquizadas pelo critério de coincidência entre duas ou mais categorias, o que refletiria seu ‘valor-saúde’.

RESULTADOS

Prioridades Políticas

O PES 2012-2015²⁴ apontou como prioridades em saúde as **principais causas de morbidade hospitalar** para ambos os sexos, as principais causas **de mortalidade e as doenças sob vigilância** (dengue, tuberculose, hanseníase, hantavirose, AIDS, hepatites, tracoma, raiva humana e canina, leishmanioses visceral e tegumentar, rubéola [caminha-se para a eliminação], sarampo [eliminado], poliomielite [erradicada], tétano neonatal [não há casos desde 2001], difteria [não há casos desde 1997], esquistossomose, coqueluche, tétano acidental, meningite e síndrome gripal) (Tabela 1). Em relação à **mortalidade infantil e materna**, os agravos mais relevantes seriam “internação no período de gravidez, parto e puerpério” e “morbi-mortalidade por causas externas”, porém estas não foram consideradas nesse estudo.

O **Plano Diretor de Regionalização da Saúde – PDR**²⁵ apresenta situações de adoecimento do estado, destacando que não existe uma homogeneidade em sua distribuição, mas que é possível identificar padrões de distribuição regionais, principalmente no que diz respeito às doenças relacionadas à pobreza e ao crescimento urbano acelerado sem infraestrutura adequada. Tal plano destaca as seguintes doenças: **tuberculose, hanseníase, esquistossomose, leishmanioses e dengue**. Além disso,

ressalta também como prioridade estadual a atenção às principais causas de mortalidade: **doenças do aparelho circulatório, neoplasias malignas, doenças do aparelho respiratório e mortalidade infantil** (tabela 1). Menciona também as causas externas e a violência como graves problemas relacionados à morbimortalidade no estado e, principalmente, na região metropolitana da Grande Vitória. Contudo, estas não foram incluídas neste estudo.

Como **prioridades de pesquisas estaduais**, foram elencadas as doenças negligenciadas no ES que suscitam priorização política e científica apontadas pelo edital³¹: **esquistossomose, leishmaniose, malária, febre maculosa, doença de Chagas, tuberculose, hanseníase e tracoma**.

A partir das informações coletadas, a hierarquização da categoria “prioridades políticas” adotou o critério da coincidência em duas ou mais políticas apontadas. Assim sendo, foram definidas as doenças apresentadas na tabela 1.

Tabela 1. Doenças citadas nos documentos sobre prioridades políticas no Estado do Espírito Santo, 2011-2013.

Doenças	Plano Diretor de Regionalização (2011)	Plano Estadual de Saúde (2012-2015)	Programa de Pesquisa para o SUS (2013)
Tuberculose	x	x	x
Hanseníase	x	x	x
Esquistossomose	x	x	x
Leishmanioses	x	x	x
Dengue	x	x	x
Tracoma		x	x
Doenças do aparelho circulatório:	x	x	
Doenças do aparelho respiratório	x	x	
Neoplasias malignas	x	x	
Mortalidade infantil e materna	x	x	
Doenças do aparelho digestivo		x	
Doenças infecciosas e parasitárias		x	
Malária			x
Febre maculosa			x
Doença de Chagas			x
Síndrome gripal		x	
Coqueluche		x	
Meningite		x	
Hepatites		x	
Raiva humana e canina		x	
AIDS		x	
Hantavirose		x	
Tétano acidental		x	
Tétano neonatal		x	
Difteria		x	
Sarampo		x	
Rubéola		x	
Poliomielite		x	

Legenda:  Coincidem em três categorias.
 Coincidem em duas categorias.
 Aparecem em apenas uma categoria

Mortalidade

Entre as principais causas de mortalidade no ES (2011 e 2012) incluem-se as agressões (3359 casos), os acidentes de transportes (2377), as quedas (807) e o restante dos sintomas, sinais e achados anormais clínicos e laboratoriais (481). Porém, como não pertencem ao escopo do estudo, foram excluídos da tabela abaixo. Na tabela 2, considera-se apenas as doenças que representam as principais causas de mortalidade estaduais no período.

Tabela 2. Principais causas de Mortalidade. Espírito Santo – Brasil, 2011-2012.

Colocação	Classificação Internacional das Doenças (10ª Edição)	2011	2012	Total
1	Doenças isquêmicas do coração	2241	2122	4363
2	Doenças cerebrovasculares	2060	2025	4085
3	Diabetes mellitus	1126	999	2125
4	Doenças hipertensivas	1031	1010	2041
5	Pneumonia	872	999	1871
6	Doenças crônicas das vias aéreas inferiores	807	789	1596
7	Outras doenças cardíacas	826	762	1588
8	Restante de neoplasias malignas	494	491	985
9	Restante das doenças do aparelho digestivo	488	479	967
10	Neoplasias malignas da traqueia, brônquios e pulmões	411	407	818
11	Doença de Alzheimer	354	374	728
12	Restante das doenças do aparelho circulatório	326	325	651
13	Doença alcoólica do fígado	319	299	618
14	Neoplasia maligna da próstata	302	298	600
15	Neoplasia maligna do cólon, reto e ânus	293	290	583
16	Neoplasia maligna do estômago	289	292	581
17	Doença por HIV	263	263	526
18	Neoplasia maligna da mama	255	264	519
19	Neoplasia maligna do esôfago	240	270	510
20	Transtorno mental e comportamento uso substância psicoativas	245	227	472
	Todas as demais causas	4087	4179	8266

Morbidade

Dentre as principais causas de morbidade hospitalar no ES destacam-se o parto único espontâneo (33449 casos) e outras complicações da gravidez e do parto (29886 casos), os quais representam a primeira e a segunda principal causa de internação, respectivamente. Porém, como não se tratam especificamente de doenças, foram excluídos desta análise. Da mesma maneira, foram excluídos: a fratura de outros ossos dos membros (11060 casos), outros motivos associados à mãe e relacionadas “cavidade fetal amniótica pós-problemas parto” (5578 casos), aborto espontâneo (4625), outros sintomas e sinais achados anormais em exames clínicos laboratoriais (4586) e o traumatismo intracraniano (4145). As principais causas de internação hospitalar por doenças encontram-se na tabela 3.

Tabela 3. Causas de Internação Hospitalar mais frequentes. Espírito Santo- Brasil, 2011-2012.

Colocação	Classificação Internacional das Doenças – 10ª Edição	2011	2012	Total
1	Pneumonia	11447	12942	24389
2	Veias varicosas das extremidades inferiores	5970	5997	11967
3	Restante de outras doenças bacterianas	5729	5771	11500
4	Colelitíase e colecistite	4887	4581	9468
5	Insuficiência cardíaca	4311	3727	8038
6	Outras doenças do aparelho urinário	3369	4187	7556
7	Outras doenças isquêmicas do coração	3489	3615	7104
8	Diarreia e gastroenterite origem infecção presumida	2730	3134	5864
9	Hérnia inguinal	2697	2604	5301
10	Outras doenças infecciosas intestinais	2563	2610	5173
11	Outras doenças da pele e do tecido subcutâneo	2250	2636	4886
12	Doenças crônicas das amígdalas e das adenoides	2400	2457	4857
13	Diabetes mellitus	2439	2414	4853
14	Outras hérnias	2376	2359	4735
15	Doenças renais túbulo-intersticiais	2208	2461	4669
16	Dengue [dengue clássico]	3360	1050	4410
17	AVC não especificado hemorrágico ou isquêmico	1994	2319	4313
18	Asma	2259	2009	4268
19	Outras doenças do aparelho digestivo	2031	2163	4194
20	Outras doenças do aparelho respiratório	1991	1964	3955
21	Hipertensão essencial (primária)	2006	1818	3824
	Todas as demais causas	71607	73793	145400

Notificação

A tabela 4 representa as principais doenças de notificação compulsória no período. Os agravos de notificação compulsória excluídos do escopo do estudo foram: os acidentes por animais peçonhentos (8094 casos), as intoxicações exógenas (5164) e a violência doméstica e sexual (2253 casos).

Tabela 4. Doenças de notificação compulsória mais frequentes. Espírito Santo- Brasil 2011-2012.

Colocação	Classificação Internacional das Doenças (10a Edição)	2011	2012	TOTAL
1	Dengue	32659	11311	43970
2	Tuberculose	1464	1439	2903
3	Hanseníase	1106	852	1958
4	AIDS adulto	618	624	1242
5	Esquistossomose	650	425	1075
6	Coqueluche	98	947	1045
7	Hepatite viral	501	528	1029
8	Sífilis em gestantes	392	485	877
9	Leptospirose	295	235	530
10	Meningite	242	282	524
11	Sífilis congênita	172	268	440
12	Leishmaniose tegumentar	142	113	255
13	Malária	69	52	121
14	Paralisia flácida aguda	14	9	23
15	Tétano acidental	10	4	14
16	AIDS infantil	6	8	14
17	Febre maculosa	9	3	12
18	Leishmaniose visceral	9	1	10
19	Febre tifoide	3	0	3
20	Doença de Chagas	1	1	2

Valor-saúde

Na elaboração do valor-saúde foram consideradas as dez doenças específicas (ou capítulos às quais pertencem) mais citadas - evidenciadas em duas ou mais categorias - o que refletiria as condições mórbidas idealmente prioritárias na pauta midiática do ES, ou seu valor-saúde (tabela 5).

Tabela 5. ‘Valor-saúde’ para o Estado do Espírito Santo- Brasil, 2011-2012.

Doenças	Prioridades Políticas	Mortalidade	Morbidade	Notificação
Infecciosas e parasitárias				
Tuberculose	X			X
Hanseníase	X			X
Esquistossomose	X			X
Dengue	X			X
Leishmanioses	X			
Tracoma	X			
AIDS adulto				X
Coqueluche				X
Hepatite viral				X
Sífilis em gestantes				X
Leptospirose				X
Meningite				X
Outras doenças bacterianas			X	
Diarreia/gastroenterite*			X	
Outras doenças e infecções intestinais			X	
Doenças cardiocirculatórias (infarto do miocárdio, AVE)	X			
Doenças isquêmicas do coração	X	X		
Doenças cerebrovasculares	X	X		
Doenças hipertensivas		X		
Outras doenças cardíacas		X		
Veias varicosas (extremidades inferiores)			X	
Insuficiência cardíaca			X	
Outras doenças isquêmicas do coração			X	
Doenças do aparelho respiratório	X			
Pneumonia		X	X	
Doenças crônicas das vias aéreas inferiores		X		
Neoplasias**	X			
Traqueia, brônquios e pulmões	X	X		
Restante das neoplasias		X		
Mortalidade infantil e materna: ***	X			
Diabetes mellitus		X		
Restante das doenças do aparelho digestivo		X		
Colelitíase e colecistite			X	
Outras doenças do aparelho urinário			X	
Hérnia inguinal			X	

*Origem da infecção presumida

** câncer de mama, câncer de colo de útero e câncer de próstata.

***algumas afecções do período perinatal, malformações congênicas e anomalias cromossômicas, doenças do aparelho respiratório, algumas doenças infecciosas e parasitárias.

Legenda:  Coincidem em duas categorias. Aparecem em apenas uma categoria.

DISCUSSÃO

As propostas e os limites do ‘valor-saúde’

A mídia representa um *locus* privilegiado de visibilidade pública, construção de sentidos e legitimidade. Assim, a mediatização da sociedade confere centralidade aos processos midiáticos na experiência humana, afetadas por uma nova arquitetura

comunicacional³². Portanto, é importante defender um posicionamento destacado às questões de saúde por meio de uma ‘sensação de relevância’, com fins de sensibilização social sobre a importância dessas pautas cotidianas. Julga-se que se deveria incentivar as mídias ao interesse na veiculação de outros assuntos que transcendessem às novidades mercadológicas, aos acometimentos de celebridades ou às catástrofes epidêmicas, incorporando as contribuições de um valor-notícia potencial: a relevância epidemiológica e social aqui admitida como ‘valor-saúde’.

Decerto não se pode atribuir à saúde significados reducionistas negativos, como a ausência de doenças, assim também como seu oposto nas condições idealizadamente utópicas de um inefável e pleno bem-estar uma noção de saúde que se apresenta como “ponto cego da epidemiologia”³³. Assim sendo, este trabalho limita-se a desenvolver critérios epidemiológicos prioritários para Comunicação e Saúde, fazendo uma analogia ao conceito de valor-notícia midiático e, para tanto, constrói um ‘valor-saúde’ baseado no entendimento de necessidades epidemiológicas de saúde. De acordo com Paim e Almeida-Filho (2014)³⁴ uma situação de saúde é conformada por problemas e necessidades condizentes com o estado de saúde da população e com os problemas do sistema de saúde. Contudo, tal situação não diz respeito apenas aos problemas que caracterizam o perfil epidemiológico da mesma, sendo também social e historicamente determinadas. Dessa maneira, a explicação dos problemas a partir de seus determinantes sociais e identificação de oportunidades para intervenção é relevante para análise de tal situação.

Consideradas as complexidades que circundam a matéria, propõe-se o ‘valor-saúde’ baseado em uma análise das necessidades de saúde definidas por indicadores de morbi-mortalidade e prioridades políticas de saúde, que trata de uma leitura sabidamente parcial de tais necessidades. Sabe-se que estas não se reduzem a doenças, carências, riscos e sofrimentos, muito menos se esgotam nas demandas assistenciais e nos problemas de saúde, pois podem envolver condições necessárias e subjetivas para o gozo da saúde, como moradia, lazer, alimentação, afeto, educação, segurança, e determinantes socioambientais, sendo preponderante a ação intersetorial³⁴.

Tradicionalmente, as estratégias analíticas epidemiológicas têm como eixos norteadores a distribuição temporal, espacial e os atributos pessoais/populacionais³⁵. Assim sendo, os perfis epidemiológicos não são simples perfis estatísticos, mas explicações de saúde, variando de uma classe social a outra, sofrendo modificações

históricas e de relações de poder que afetam os modos de vida. Não significa dizer, entretanto, que não existam necessidades e tendências comuns entre várias classes, as quais compartilham aspectos comuns na determinação social da saúde³⁶. Não obstante, o ‘valor-saúde’ desenvolvido no presente trabalho parte do entendimento de que tais indicadores analisados conjuntamente (de morbi-mortalidade e de prioridades políticas) poderiam fornecer um panorama interessante a ser disponibilizado pelas mídias a fim de evidenciar um contexto e pôr em pauta realidades e carências. Assumem-se, desde já, as limitações inerentes às estratégias de retratação de uma realidade complexa.

O ‘valor-saúde’ no ES

O Espírito Santo divide-se em 78 municípios, em sua maioria de pequeno e médio porte. Em relação às condições sociais, o estado possui o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) equiparado ao índice nacional (0,765 e 0,766 respectivamente), porém, detém o menor valor de IDH da região sudeste²⁵. Entre 2001 e 2012, apresentou uma melhora significativa na distribuição de renda, passando de um coeficiente de Gini de 0,583 em 2001 para 0,487 em 2012 (sendo 0 a completa igualdade e 1 a completa desigualdade).³⁷ Entretanto, ainda é evidente uma extrema desigualdade entre os municípios, sendo essa representada por uma maior concentração da riqueza e das oportunidades no litoral, principalmente na Região Metropolitana da Grande Vitória, e pela distribuição das doenças infecto-parasitárias nos municípios mais pobres do Estado, com destaque aos municípios interioranos. Não obstante, ainda hoje os investimentos estaduais convergem na região litorânea, em detrimento do interior do estado, onde são poucos e mal distribuídos³⁸.

As desigualdades acima retratadas no ES de certa forma se refletem no ‘valor-saúde’ estadual, que apresenta altos índices de notificação e prioridade política no que diz respeito às doenças negligenciadas, tais como: tuberculose, hanseníase, esquistossomose, tracoma e leishmaniose. No ES, a tuberculose é endêmica, tendo oito de seus municípios classificados como prioritários para o Programa Nacional de Controle de Tuberculose (PNCT), dentre eles a capital Vitória, que possui posição de destaque no contexto político-econômico estadual e, no entanto, convive com grandes desigualdades sociais, com número expressivo de casos de HIV/Aids³⁹. Em relação à hanseníase, o ES é considerado área de alta prevalência^{40,41}, observando-se grande concentração de casos nas regiões de divisa com o norte de Minas Gerais e sul da Bahia,

se expandindo também para o interior do estado, nos municípios com importantes áreas rurais e condições sanitárias precárias²⁵.

No que tange à Esquistossomose – doença altamente relacionada à falta de saneamento básico, educação sanitária e à pobreza, o ES é um dos estados do Brasil que apresenta os maiores índices da doença, contando com 21 municípios endêmicos²⁵. Já a leishmaniose tegumentar americana está presente em 29 municípios do estado, destacando-se na região do Caparaó, sudoeste serrana e central serrana, locais com grande área de vegetação, população rural e baixos indicadores sociais²⁵. Tais doenças, juntamente com a dengue, doença de Chagas e malária, são consideradas Doenças Negligenciadas, que se caracterizam por prevalecerem em condições de pobreza e contribuírem para a manutenção do quadro de desigualdade social⁴².

No Brasil, há iniciativas recentes de pesquisas nessa área, fomentadas por editais públicos do Ministério da Saúde (orientados pela Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em saúde – ANPPS) e órgãos de fomentos federais e estaduais (como no caso do edital analisado na presente pesquisa). Entretanto, o conhecimento produzido não se reverte, na maioria das vezes, em avanços terapêuticos, desenvolvimento de novos fármacos, diagnósticos e vacinas⁴², muito menos em interesse midiático em relação a essas doenças¹², entre outros motivos, por despertarem baixo interesse social e da indústria farmacêutica por conta de seu reduzido potencial de retorno lucrativo, uma vez que a população atingida, em sua maioria, é de baixa renda e concentrada em países/regiões em desenvolvimento⁴².

A Pneumonia, a diarreia, a meningite e outras doenças infecciosas intestinais são altamente relacionadas a condições socioeconômicas precárias, falta de saneamento básico e más condições de higiene e nutrição, fatores que contribuem para maior exposição às infecções bacterianas. Ou seja, consequências da perversidade da injustiça social e seus efeitos deletérios na saúde dos indivíduos⁴³. A pneumonia apresenta-se como uma preocupação por ser de prevenção possível por meio de medidas realizadas na Atenção Básica à saúde e, representa significativo ‘valor-saúde’. Hudacek et al. (2011)¹² estudaram a relação entre a proeminência e obscurecimento de determinadas doenças no cenário público a partir da cobertura ou enquadramento desses temas nas mídias. Os autores afirmam que pneumonia, diarreia e sarampo são as principais causas de morte infantis por todo o mundo, mas, desproporcionalmente, possuem baixo percentual de financiamento internacional e pouca atenção midiática¹². A dengue, a

Aids e as neoplasias apresentam ‘valores -saúde’ relevantes no estado, e, usualmente, contam com amplos espaços nas mídias como um todo ^{44,45,46,47}.

Nos anos de 2011 e 2012 o ES apresentou a re-emergência da coqueluche, com alta incidência da doença (1045 casos nos dois anos), influenciando na construção do ‘valor-saúde’ desse período no Estado. Segundo Zepp et al. (2011)⁴⁸ embora a imunização universal contra coqueluche em crianças tenha reduzido bastante, o número de casos em adolescentes e adultos vem aumentando nos últimos anos. Essa mudança no padrão epidemiológico pode ser, em grande parte, devido ao enfraquecimento da imunidade após a infecção natural ou vacinação. Tal suscetibilidade à doença em jovens e adultos resulta, além da morbidade direta nesses grupos etários, em risco à transmissão em crianças não imunes. Além disso, considera-se que a doença tornou-se desconhecida pela população mais jovem, tanto no ES quanto no Brasil, podendo ser confundida com uma tosse comum e, por isso, faz-se importante a veiculação midiática, reinserindo a coqueluche no debate público. O exemplo da coqueluche evidencia a interdependência do valor-saúde ao momento histórico em que o mesmo é elaborado, ou seja, o valor saúde é dinâmico e não estático.

A Aids, a tuberculose e a hanseníase agregam maior atenção política, assim como a atenção à saúde materno-infantil, pois representam preocupação nacional e internacional, pertencendo aos Objetivos do Milênio (ODM), preconizados pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD)⁴⁹. Contudo, possuem graus de publicização destoantes, sendo necessária a discussão pública de todas essas mazelas no cenário espiritosantense e nacional.

Em se tratando da mortalidade infantil, embora contasse com oscilações ao longo do tempo, a taxa recuou no ES, passando de 17,9 em 2001 para 11,9, no biênio 2010-2011, sendo tais taxas menores que as do sudeste e do Brasil, desde 2009³⁷. Outra importante tendência dos padrões epidemiológicos de mortalidade do estado, também verificado no ‘valor-saúde’ é a concentração das mortes em três causas: doenças do aparelho circulatório (6.461), neoplasias (3.628) e causas externas (3.804 - excluídas do estudo). Juntas respondem por 64,9% dos óbitos no ES³⁷.

As causas de internação devido às doenças como: colelitíase e colecistite, hérnia inguinal, outras doenças do aparelho urinário e do aparelho digestivo podem tratar-se de episódios agudos ou crônicos com intervenção cirúrgica emergencial ou eletiva, que mereceriam destaque na mídia a fim de clarificar a população sobre os primeiros sinais

e sintomas dessas, visto que a busca por socorro tardio pode levar à complicações ou mesmo ao óbito. Além disso, são doenças que oneram ao SUS, assumindo importância de destaque no ‘valor-saúde’.

As doenças e agravos não transmissíveis (DANTs), os acidentes e violência representam as principais causas de morbi-mortalidade no Brasil contemporâneo, apesar das doenças infecciosas ainda representarem problemas importantes para o país – os problemas se superpõem, ao invés de se sucederem⁵⁰. No ES, as doenças crônicas as doenças isquêmicas do coração, hipertensivas, cerebrovasculares, diabetes e neoplasias representam as principais causas de mortalidade, configurando-se como um ‘valor-saúde’ para a divulgação midiática, principalmente no que se trata dos riscos, dos mecanismos de prevenção e reabilitação e dos determinantes sociais que as circunscrevem.

Nesse sentido, Melanie Rock (2005)⁵¹ analisou a divulgação midiática da diabetes na imprensa da América do Norte e concluiu que, apesar da cobertura não haver aumentado significativamente, a diabetes é, na maioria das vezes, vinculada aos problemas cardíacos e à mortalidade para transmitir sua gravidade, não sendo problematizados os determinantes sociais da doença.

Dessa maneira, é importante salientar que uma veiculação prescritiva de ‘comportamentos saudáveis’ para prevenção das DANTs pode ter o efeito inverso, gerando alarmismo, culpabilização e transformando os sujeitos em consumidores de ‘vitalidade’, disciplinados por um discurso descontextualizado da promoção da saúde, centrado apenas no indivíduo e no ‘epidemiopoder’⁵², desconsiderando os fatores sociais determinantes nas ‘escolhas’ dos modos de andar a vida dos cidadãos. Por isso, prezar por uma veiculação midiática polifônica, contextualizada e participativa é fundamental para pautar tais assuntos no espaço público de maneira crítica, fomentando o direito à informação como direito à saúde.

A mediação do ‘valor-saúde’

Romeyer (2013; 2010)^{53,54} nos apresenta a acepção dinâmica de espaço público contemporâneo como sendo *publicização mais debate*, não mais como *locus* essencialmente político, mas societal, onde há a pluralidade das vozes e discursos. No caso da saúde, destaca a concorrência dos atores para existir na cena pública: governos, agências, instrumentos legislativos, políticas e planos de saúde, campanhas de

prevenção, associações de doentes, profissionais de saúde e artistas. Os domínios da saúde promovem, assim, diferentes maneiras de vir a público.

O processo de publicização engloba diferentes modalidades de ativação para diferentes dimensões de público. No caso do ‘problema público’ no sentido de ‘interesse geral’, consideramos o que se avalia essencial para uma sociedade. Na saúde, o processo de publicização deve ser avaliado de acordo com suas dimensões de processualidade e temporalidade, sendo influenciado, primeiramente, pela **rotulagem da doença**, uma vez que a produção de nomeação traz efeitos múltiplos, principalmente no que diz respeito à visibilidade midiática⁵³. Quando se rotula (ou dá nome ao problema), fica mais fácil abordar o assunto, midiaticizá-lo e, conseqüentemente, criar atenção e debates públicos. Principalmente quando se conta com “lançadores de alerta”⁵³, que fazem surgir no espaço público determinada pauta, por exemplo, o lançamento de políticas públicas, divulgação de adoecimento de alguma celebridade, resumindo, alguma coisa que provoque uma sensação¹.

Além dessas questões, a midiaticização é altamente influenciada pelo grau de politização da questão de saúde (faz parte de prioridades políticas internacionais? nacionais?), seu grau de institucionalização, os atores ‘porta-vozes’ da questão e, também (mas não necessariamente), a relevância epidemiológica da doença. Porém, não basta ser sanitariamente relevante para se obter visibilidade e o ‘valor-saúde’ almeja colocar isso em debate.

Assim, evidenciar determinada doença como parte de um ‘valor-saúde’ em certo local, lança o alerta de sua relevância pública. Apesar de existir uma presença além da mídia – tornar público não é apenas tornar visível na mídia⁵³ – a informação, no sentido emancipador da prática comunicativa, pode ser um instrumento para a ação, sendo que a forma como se constrói a informação é decisiva para definir as imagens da realidade, as construções simbólicas da mesma e, conseqüentemente, os usos que se podem dar aos dados⁵⁵.

Portanto, a proposta do ‘valor-saúde’ é evidenciar as necessidades de saúde de uma determinada população, a fim de sensibilizar a mídia para a relevância de se reservar algum espaço dentro do noticiário para apresentar aos leitores problemas nunca antes debatidos ou pouco abordados. Dessa forma, a população teria condições de conhecer suas principais mazelas de saúde, bem como outras realidades de saúde que as vezes são invisibilizadas pelo agendamento tradicional dos assuntos do dia-a-dia.

Considerações finais

Face aos resultados, o ‘valor-saúde’ sinaliza doenças que possuem relevância para divulgação midiática no ES, tais como: doenças isquêmicas do coração, cerebrovasculares, pneumonia, neoplasias (principalmente as de traqueia, brônquios e pulmões), tuberculose, hanseníase, esquistossomose e dengue. A desigualdade social se insinua no ‘valor-saúde’ a partir da distribuição das doenças infecto-parasitárias nos municípios mais pobres do Estado, que apresentam altos índices de notificação e prioridade política no que diz respeito à tuberculose, hanseníase, esquistossomose, tracoma e leishmaniose.

Doenças relacionadas às condições socio sanitárias precárias também chamam atenção na composição do ‘valor-saúde’, como a diarreia, meningite, leptospirose e outras doenças infecciosas intestinais. Além disso, a mortalidade infantil e materna, sífilis em gestantes, Aids e diabetes destacam-se, sobretudo, por serem foco de Políticas Públicas consistentes. Já a coqueluche apresentou uma re-emergência no período de estudo, evidenciando a interdependência espaço-temporal em que o ‘valor-saúde’ é analisado.

Acredita-se que o processo de ‘rotulagem’ e definição das doenças relevantes para o contexto de saúde do ES, através do desenvolvimento do ‘valor-saúde’, é importante no processo de publicização e midiática desses problemas públicos, atuando como ‘lançadores de alertas’ a fim de criar atenção e pautar debates na sociedade, de maneira a fortalecer a informação como um instrumento de ação política.

É certo que o ‘valor-saúde’ aqui proposto evidencia uma vertente das necessidades de saúde: a vertente epidemiológica, que se destaca por agregar grandes valores (prevalências, mortes, notificações). Sem dúvida, representa uma importante sinalização de prioridades e, talvez, a face mais evidenciável dos problemas de saúde. Porém, sabe-se da existência de mazelas recorrentes e devastadoras em vilarejos, povoados, favelas ou outras comunidades que sequer são quantificados pelos órgãos competentes. Dessa maneira, deixamos aqui também o nosso desejo de que o ‘valor-saúde’ possa ser aperfeiçoado além das priorizações estritamente quantitativas e epidemiológicas, de forma a atingir todos os estratos de nossa sociedade, e dar “ouvidos” à toda polifonia social.

Referências

1. Tüürcke C. Sociedade Excitada: filosofia da sensação. Campinas: Editora Unicamp; 2010.
2. Epstein I. Comunicação e Saúde. Comunicação & Sociedade. 2001; 22(35): 159-186.
3. Vasconcellos-Silva PR, Castiel LD, Bagrichevsky M, Griep RH. As novas tecnologias da informação e o consumismo em saúde. Cad. Saúde Pública. 2010; 26(8): 1473-1482.
4. Mello DA, Pedrazzani ES, Pizzigatti CP. Helminthoses intestinais: o processo de comunicação e informação no programa de educação e saúde em verminose. Cad. Saude Publ . 1992. Rio de Janeiro, 8 (1): 77-82.
5. Porto MP. Lutando contra AIDS entre meninas adolescentes: os efeitos da campanha de carnaval de 2003 do Ministério da saúde no Brasil. Cad. Saude Publ. 2005, Rio de Janeiro, 21 (4): 1234-1243.
6. Buss P M. Promoção e educação em saúde no âmbito da Escola de Governo em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública. Cad. Saúde Públ, 1999. Rio de Janeiro, 15 (2): 177-185.
7. Canela G. A cobertura jornalística das políticas públicas sociais: elementos para debate. In: Canela G. (org.). Políticas públicas sociais e os desafios para o jornalismo. São Paulo: Cortez Editora; 2008. P.10-30.
8. Araújo IS, Cardoso JM. Comunicação e Saúde. 20ª ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2007.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia da vigilância Epidemiológica. 6 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
10. Ferrari MA. Editorial: comunicando saúde. Organicom: Revista Brasileira de Comunicação Organizacional e Relações Públicas 2012. Ano 9. Edição Especial. Números 16-17: 10-17.

11. Lopes F, Ruão T, Marinho S, Araújo R. A saúde em notícia entre 2008 a 2012: retratos do que a imprensa portuguesa mostrou. *Comunicação e sociedade* 2012; número especial: 129-170.
12. Hudacek DL, Kuruvilla S, Kim N, et al. Analyzing media coverage of the Global Fund Disease compared with Lower Funded Diseases (Childhood pneumonia, Diarrhea and Measles). *PLoS ONE*. 2011; 6 (6): 1-9
13. Lee RG, Garvin T. Moving from information transfer to information exchange in health and healthcare. *Social Science & Medicine* 2003; 56 (3): 449-464.
14. Epstein I. Comunicação de massa para a saúde: esboço de uma agenda midiática. *Revista latinoamericana de Ciências de La comunicación*. 2008; 5(8-9): 132-142.
15. Cavaca AG, Vasconcellos-Silva PR. O Mercado da atenção e as doenças midiaticamente negligenciadas. *Rev. bras. pesqui. Saúde* 2013; 15 (4): 4-5.
16. Gentili V. O futuro do jornalismo: democracia, conhecimento e esclarecimento. In: CHRISTOFOLETTI, R., MOTTA, L.G. (orgs.). **Observatórios de mídia – olhares da cidadania**. São Paulo: Paulus, 2008. p. 185-195.
17. Traquina N. **Teorias do jornalismo**: porque as notícias são como são. Florianópolis: Insular, 2004.
18. Wolf M. **Teorias da Comunicação**. 5 ed. Lisboa: Editorial Presença; 1999.
19. Traquina N. **Teorias do Jornalismo**: A tribo jornalística – uma comunidade interpretativa transnacional. 2 ed. Florianópolis: Insular, 2008.
20. Guerra JL. Uma discussão sobre o conceito de valor-notícia. In: Silva, G, Paulo da Silva M, Fernandes, ML (org.). **Critérios de noticiabilidade: problemas conceituais e aplicações**. Florianópolis: Insular, 2014. p.39-49.
21. Breilh J. **Epidemiologia crítica: ciência emancipatória e interculturalidade**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006.
22. Lei nº8080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 19 de Set 1990.
23. Brasil. Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014. Ministério da Saúde. Brasília, DF.

24. SESA. PES - Plano Estadual de Saúde 2012-2015. Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo, 2012.
25. SESA. PDR - Plano Diretor de Regionalização da Saúde Espírito Santo 2011. Secretaria de Estado de Saúde, 2011.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Como elaborar projetos de pesquisa para o PPSUS: guia. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
27. Vermelho, I. L. Costa AJL, Kale PL. Indicadores de Saúde. In: MEDRONHO, R. A. et al. **Epidemiologia**. São Paulo: Editora Atheneu, 2009.
28. Laurenti R, Mello Jorge MHP, Gotlieb SLD. A confiabilidade dos dados de mortalidade e morbidade por doenças crônicas não-transmissíveis. Ciênc. saúde coletiva 2004; 9 (4): 909-920.
29. Rede Interagencial de informações para a saúde. Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações. Rede interagencial de informações para a saúde – Ripsa. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002.
30. Mello Jorge, MHP, Koizume MS. Gastos governamentais do SUS com internações hospitalares por causas externas: análise do Estado de São Paulo, 2000. Rev. Bras. Epidemiol. 2004. 7 (2): 228-238.
31. FAPES/CNPq/MS-Decit/SESA nº 10/2013-PPSUS.
32. Fausto Neto A. Midiatização da enfermidade de Lula: sentidos em circulação em torno de um corpo significativo. In: Janotti Junior J, Mattos AM, Jacks, N. (org.). Mediação e Midiatização. Salvador: EDUFBA; Brasília: Compós; 2012, p. 287-321.
33. Almeida Filho N. O conceito de saúde: o ponto cego da epidemiologia? Ver Bras Epidemiol 2000; 31 (1-3): 4-20.
34. Paim JS, Almeida Filho N. Análise da situação de saúde: o que são necessidades e problemas de saúde? In: Paim JS, Almeida Filho N. Saúde Coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p.29-39.
35. Barata RB, Werneck GL. Observação e registro dos fenômenos epidemiológicos (tempo, espaço, indivíduos e populações). In: Almeida Filho N. Epidemiologia

- & Saúde: fundamentos, métodos e aplicações. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 127-149.
36. Breilh J. La epidemiologia crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. *Salud Colectiva* 2010; 6 (1): 83-101.
 37. Instituto Jones dos Santos Neves. Síntese dos indicadores sociais do Espírito Santo. Vitória, Es, 2013. Disponível em: http://www.ijsn.es.gov.br/Sitio/index.php?option=com_content&view=article&id=4011:sintese-dos-indicadores-sociais-do-espírito-santo-2013&catid=46&Itemid=201. Acesso em: 24 de outubro de 2014.
 38. Instituto Jones dos Santos Neves. Perfil da pobreza no Espírito Santo: famílias inscritas no cadúnico. Vitória, ES. 2010.
 39. Vieira RCA, Prado TN, Siqueira MG, Dietze R, Maciel ELN. Distribuição espacial dos casos novos de tuberculose em Vitória, Estado do Espírito Santo, no período entre 2000 a 2005. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* 2008; 41 (1): 82-86.
 40. Santos AS, Castro DS, Falqueto A. fatores de risco para transmissão da hanseníase. *Revista brasileira de enfermagem* 2008; 61 (n especial): 738-743.
 41. Moreira MV, Waldman EA, Martins CL. Hanseníase no Estado do Espírito Santo, Brasil: uma endemia em ascensão? *Cad. Saúde Pública* 2008; 24 (7): 1619-1630.
 42. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Doenças Negligenciadas: estratégias do Ministério da Saúde. *Rev Saúde Pública* 2010; 44(1): 200-202.
 43. Marmot M, Bell, R. Fair Society, healthy lives. *Public Health* 2012. 126: 4-10.
 44. Vaz P, Cardoso JM. A epidemia da dengue como questão política: risco e sofrimento no Jornal Nacional em 2008. Trabalho apresentado no XX Encontro de Comunicação da COMPÓS: Porto Alegre /RS no GT Comunicação e Política, 2011.
 45. França E, Abreu D, Siqueira M. Epidemias de dengue e divulgação de informações pela imprensa. *Cad. Saúde Pública* 2004; 20(5): 1334-1341.
 46. Spink MJP, Medrado B, Menegon VM, Lyra J, Lima H. A construção da AIDS-notícia. *Cad. Saúde Pública* 2001; 17 (4): 851-862.

47. Jurberg C, Gouveia ME, Belisário C. Na mira do câncer: o papel da mídia brasileira. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2006; 52(2): 139-146.
48. Zepp F, Heininger u, Mertsola J, Bernatowska E, Guiso N, Roord J, Tozzi AE, Damme PV. Rationale for pertussis booster vaccination throughout life in Europe. *The Lancet Infectious Diseases* 2011; 11 (7): 557-570.
49. Objetivos de Desenvolvimento do milênio: Relatório Nacional de Acompanhamento/coordenação: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. Brasília: Ipea: MP, SPI, 2014.
50. Barreto ML, Carmo EH. Padrões de adoecimento e de morte da população brasileira: os renovados desafios para o Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 2007; 12(sup): 1779-1790.
51. Rock M. Diabetes portrayals in north American print media: a qualitative and quantitative analysis. *Am J Public Health*. 2005; 95(10): 1832-1838.
52. Castiel LD, Vasconcellos-Silva PR, Sanz-Valero J. Das loucuras da razão ao sexo dos anjos: biopolítica, hiperprevenção, produtividade científica. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.
53. Romeyer H, Moktefi A. Pour une approche interdisciplinaire de la prévention. *Revue Communication et Langages* 2013; 176: 33-47.
54. Romeyer H. Santé et espace public. In: Romeyer H. (dir.) Presses de l'EHESP, collection Communication, santé, social, 2010. Rennes: 5-11.
55. Breilh J. Derrota del conocimiento por la información: una reflexión necesaria para pensar em el desarrollo humano y la calidad de vida desde uma perspectiva emancipadora. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2000; 5(1): 99-114.

7.4 ARTIGO 4: Texto a ser submetido**A noticiabilidade dos temas de saúde e as Doenças
Midiaticamente Negligenciadas na mídia impressa do Espírito
Santo****Aline Guio Cavaca****Paulo Roberto Vasconcellos-Silva****Tatiana Breder Emerich****Edson Theodoro dos Santos-Neto****Adauto Emmerich Oliveira****Resumo**

O estudo visou identificar e analisar as “Doenças Midiaticamente Negligenciadas” (DMNs) a partir da comparação entre os problemas de saúde mais prementes para a população do Espírito Santo, na perspectiva epidemiológica (valor-saúde), e sua efetiva exposição na mídia impressa. Os dados de morbimortalidade foram coletados nas Políticas estaduais e nos Sistemas de Informação em Saúde. Paralelamente, foram identificadas as doenças veiculadas nos dois principais periódicos do Espírito Santo, no período de 2011 e 2012. Foram identificadas como DMNs patologias relacionadas à pobreza, como a tuberculose, a hanseníase, a esquistossomose, a leishmaniose e o tracoma. Para além destas, doenças que apresentaram surtos no período, como a coqueluche e a meningite, algumas neoplasias, afecções respiratórias, doenças isquêmicas do coração e cerebrovasculares também se mostraram pouco abordadas pela mídia capixaba. Por outro lado, dengue, AIDS, diabetes, neoplasias de mama, próstata, traqueia, brônquios e pulmões apresentaram uma ampla cobertura no período, coadunando a tradição de evidenciação midiática dessas doenças. Entende-se que a visibilidade midiática atua como dispositivo de legitimação de prioridades e de contextualização das diversas realidades. Dessa maneira, almeja-se que os distintos problemas de saúde identificados entrem na agenda pública e passem a ser reconhecidos como demandas legítimas.

Palavras-chave: Comunicação em saúde; Saúde Pública; Meios de comunicação de massa; Notícias.

Abstract

The study aimed to identify and analyse the “Diseases Neglected by the Media” (DNM) by comparison of the most important health problems for the population of Espírito Santo, in the epidemiological perspective (health-value), and its real exposure in print. The morbidity and mortality datas were collected in state policies and in health information systems. At the same time, the diseases more reported by the two major newspapers of Espírito Santo, in 2011 and 2012, were identified. Thus, the DNM were: diseases related to poverty, such as tuberculosis, leprosy, schistosomiasis, leishmaniasis, and trachoma. Diseases that had outbreaks in the period, such as whooping cough and meningitis, as well as some types of neoplasms, respiratory diseases, ischemic and cerebrovascular heart disease also showed little approached by capixaba media. But dengue, AIDS, diabetes, and breast, prostate, trachea, bronchi and lungs cancers presented a wide coverage in the period, enhancing the tradition of media evidence of these diseases. Is meant that the media visibility acts as priorities legitimization device and contextualization of different realities. Thus, it is expected that the different health problems identified are included in the public agenda and come to be recognized as legitimates demands.

Key-words: Health communication; Public Health; Mass communication; News.

Introdução

No atual panorama sócio-político, os meios de comunicação de massa atuam em uma tripla dimensão que lhes confere singular centralidade. Apresentam-se como veículos de disseminação social de preciosa informação sobre saúde, como instâncias que viabilizam existência pública aos temas e sujeitos sociais¹, e, também, como instrumentos de formação de opinião para parcelas significativas da população². Dirigida a cidadãos, a divulgação midiática da saúde não deve adotar a persuasão como estratégia, nem limitar-se aos objetivos de disseminação de informações. Deve prezar, minimamente, pelo fomento ao debate público dos temas de interesse e, admitindo-se a informação como direito indissociável ao da saúde, garantir o provimento de

informações para ampliação da participação cidadã^{1,3}, tanto na perspectiva da construção de uma consciência sanitária crítica², quanto incitando à participação pública para o exercício do controle social sobre o Sistema Único de Saúde (SUS)⁴.

A mídia, nesse estudo, é abordada em sua dimensão de serventia pública, indispensável tanto para atrair engajamentos de novos atores sociais, investimentos em pesquisas e desenvolvimento de novos fármacos⁵, quanto para pautar os assuntos no dia-a-dia da população de uma forma geral. Objetiva-se identificar e analisar “Doenças Midiaticamente Negligenciadas” (DMNs) a partir da comparação entre os problemas de saúde mais proeminentes na perspectiva epidemiológica (valor-saúde) e sua efetiva exposição na mídia impressa no cenário do Espírito Santo.

Para tal, parte-se da antevisão da visibilidade midiática como dispositivo de legitimação de prioridades e de contextualização de realidades, que ordena e prioriza problemas de saúde à agenda pública, tornando-os perceptíveis como demandas concretas, específicas e independentes da noticiabilidade que lhes é conferida pelo modo atual de produção das notícias. Acredita-se na relevância política da observação das DMNs, entendidas como doenças jornalisticamente desinteressantes por não atenderem aos critérios usuais de noticiabilidade. Tratam-se de mazelas de saúde e condições sociais descuradas pela cobertura jornalística, mas que possuem inestimável “valor-saúde” (na perspectiva de sua relevância epidemiológica), aqui proposto como critério central ao processo de publicização e midiatização de problemas públicos, a conferir-lhes peso político diferenciado e a pautar debates inauditos e urgentes⁶.

Metodologia

Neste estudo avaliou-se o espaço alcançado pelos problemas epidemiologicamente mais relevantes para o estado do Espírito Santo (valor-saúde) na mídia impressa capixaba. A pesquisa foi estruturada em quatro etapas:

Etapa I: Análise da Cobertura Midiática-fontes selecionadas

Foram analisados os principais periódicos do Espírito Santo – *A Gazeta* e *A Tribuna* – veiculados no período entre primeiro de janeiro de 2011 e 31 de dezembro de 2012.

O tabloide *A Tribuna* tem circulação diária em todo o estado, e é líder em circulação no ES, ocupando a décima oitava posição no ranking brasileiro de jornais⁷.

O jornal *A Gazeta*, por sua vez, é o mais antigo periódico ainda em circulação no estado, possuindo oitenta e seis anos de história, sendo líder em assinaturas no ES^{8,9}.

Coleta de dados

O acervo de *A Tribuna* foi cedido gratuitamente pelo jornal, gravado em DVDs e atualizado periodicamente para abranger o período de estudo selecionado. Já os exemplares em PDF de *A Gazeta* foram adquiridos de uma empresa de clipagem. Todo material contido nesses periódicos foi examinado por três pesquisadoras treinadas, que selecionaram e classificaram as matérias que tratavam de saúde.

Crítérios de Inclusão

Foram incluídas no estudo as matérias que faziam referência a doenças, seja como foco principal (quando a pauta é a doença em si) ou como foco derivado (a pauta é sobre outro assunto de saúde, mas se refere de maneira consistente à doença).

Crítérios de Exclusão

Matérias que citaram as doenças em contexto irrelevante ao estudo, como propagandas, promoção de eventos privados, resultados de concursos, dentre outros foram excluídas do estudo, assim como os agravos e/ou causas externas, por não fazerem parte do escopo.

Organização do material empírico e ordenação da frequência de veiculação das doenças

As fichas de análise com características de definição das matérias foram preenchidas com base nas matérias selecionadas. As doenças identificadas nas matérias receberam classificação de acordo com a Classificação Internacional das Doenças (CID-10) e as fichas foram digitadas no banco de dados do *SPSS versão 18.0*.

Analizou-se um total de 10.771 matérias de saúde nos dois jornais estudados. No periódico *A Tribuna*, selecionou-se 6.104 matérias, das quais 60,4% faziam menção à alguma doença. No Jornal *A Gazeta*, das 4.667 matérias analisadas, 62,41% mencionava alguma patologia em seu conteúdo. Dessa maneira, o presente trabalho analisou 6.601 matérias jornalísticas sobre doenças, que abordaram 10.435 doenças descritas na CID-10.

Todas as doenças citadas foram hierarquizadas de acordo com sua frequência de exposição no *corpus* do estudo. Foram definidas como as doenças mais noticiadas na

mídia impressa capixaba, no período de estudo, aquelas que, em conjunto, representaram 50% do total de patologias citadas nas matérias (tabela 1).

Etapa II: Identificação dos problemas de saúde epidemiologicamente mais relevantes

Nesta etapa, foi identificado o perfil de morbi-mortalidade do ES e, a partir disso, definido o “valor-saúde” para o Estado, ou seja, os problemas de saúde mais prementes, os quais mereceriam divulgação e atenção midiática por conta de sua relevância⁶.

O ‘valor-saúde’ foi definido com base em quatro fontes:

- 1) Prioridades políticas de saúde** - apontadas no Plano Estadual de Saúde ES 2012-2015¹⁰ no Plano Diretor de Regionalização 2011¹¹, e doenças apontadas como prioridades de pesquisa pelo edital FAPES/CNPq/MS-Decit/SESA nº 10/2013-PPSUS;
- 2) Principais causas de mortalidade** – de acordo com o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), definidas como as 10 principais causas de mortalidade no estado (causa CID-10).
- 3) Principais doenças de notificação compulsória** - de acordo com o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), definidas como as 10 principais doenças notificadas no estado;
- 4) Principais causas de Internações SUS**- definidas, a partir do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), como as 10 principais causas de internação no estado.

Os dados foram agrupados no *MS Excel2010* e ordenados segundo critério de coincidência de patologias/problemas de saúde nas diferentes fontes.

Etapa III: Identificação das “Doenças Midiaticamente Negligenciadas”: cruzamento das fontes

Uma matriz comparativa relacionou as doenças de maior relevância no ES, na perspectiva dos indicadores epidemiológicos (valor-saúde), com a correspondente cobertura midiática. A partir daí, as DMNs foram identificadas como condições de alta relevância e pequena cobertura. Além disso, foram identificadas as doenças de alta relevância e grande noticiabilidade. Dessas variáveis derivaram indicadores de cobertura midiática: “índice notícia-morte”, “índice notícia-internação” e “índice notícia-notificação”, que representam a razão do número de publicações pelo número de

mortes, internações ou notificações ligadas às condições mórbidas no período de estudo. Assim, proporções muito menores que 1,0 tendem a apontar condições de baixa noticiabilidade.

A pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (CAAE 20693413.2.0000.5240) e foram concedidas autorizações formais dos jornais para realização do estudo.

Resultados

Os resultados evidenciam que as doenças mais noticiadas no ES, no período de estudo, foram primeiramente, as neoplasias malignas como um todo (capítulo C00-C97), seguida da diabetes, da obesidade, da dengue, do Acidente Vascular Cerebral e das reações ao *stress*. Nota-se que outras neoplasias malignas aparecem como evidenciadas quando destacadas com a especificação do local, como, por exemplo, neoplasias de mama, de próstata, de laringe, de brônquios, e de pulmões (tabela 1).

Tabela 1. Doenças mais noticiadas nos jornais *A Tribuna* e *A Gazeta* conforme a Classificação Internacional das Doenças (CID-10). Espírito Santo, 2011-2012.

Doenças Noticiadas (CID-10)	N	%	% Acumulada
Neoplasias malignas (C00-C97)	718	6,9%	6,9%
Diabetes (E10-E14)	433	4,1%	11,0%
Obesidade (E66)	381	3,7%	14,7%
Dengue (A90)	350	3,4%	18,0%
Acidente vascular cerebral (I64)*	280	2,7%	20,7%
Reações ao "stress" grave e transtornos de adaptação (F43)	268	2,6%	23,3%
Neoplasias malignas da mama (C50)	227	2,2%	25,5%
Depressão (F32-F33)	224	2,1%	27,6%
Infarto do miocárdio (I21-I22)	214	2,1%	29,7%
HIV (B20-B24)	198	1,9%	31,6%
Outros transtornos musculares (M62)	182	1,7%	33,3%
Doenças hipertensivas (I10-I15)	167	1,6%	34,9%
Complicações de cardiopatias e doenças cardíacas mal definidas (I51)	167	1,6%	36,5%
Doença de Alzheimer (G30)	144	1,4%	37,9%
Neoplasia maligna da laringe (C32)	123	1,2%	39,1%
Enxaqueca (G43)	123	1,2%	40,2%
Influenza (gripe) e pneumonia (J10-J18)	119	1,1%	41,4%
Febre reumática com comprometimento do coração (I01)	116	1,1%	42,5%
Outros transtornos ansiosos (F41)	107	1,0%	43,5%
Neoplasia maligna da próstata (C61)	100	1,0%	44,5%
Doenças do aparelho circulatório (exceto AVE) (I00-I99)	100	1,0%	45,4%
Hepatite viral (B15-B19)	95	0,9%	46,3%
Distúrbios do metabolismo de lipoproteínas e outras lipidemias (E78)	80	0,8%	47,1%
Neoplasia maligna dos brônquios e dos pulmões (C34)	75	0,7%	47,8%
Dor não classificada em outra parte (R52)	75	0,7%	48,5%
Distúrbios do sono (G47)	69	0,7%	49,2%
Asma (J45)	68	0,7%	49,9%
Todas as demais doenças	5232	51,1%	100%

*Não especificado como hemorrágico ou isquêmico.

As condições mórbidas idealmente prioritárias para a pauta midiática do ES, nos anos de 2011 e 2012 (valor-saúde), foram definidas a partir do perfil de morbimortalidade do estado, determinado pelas principais prioridades políticas de saúde, principais causas de mortalidade, internação e notificação no período (tabela 2).

Tabela 2. ‘Valor-saúde’ conforme a Classificação Internacional das Doenças (CID-10) para o Estado do Espírito Santo, Brasil, 2011-2012.

Doenças relevantes (CID-10)	Prioridades Políticas	Mortalidade	Morbidade	Notificação
Infecciosas e parasitárias (A00-B99)				
Tuberculose (A15-A19)				
Hanseníase (A30)				
Esquistossomose (B65)				
Dengue (A90)				
Leishmanioses (B65)				
Tracoma (A71)				
AIDS adulto (B20-B24)				
Coqueluche (A37)				
Hepatite viral (B15-B19)				
Sífilis em gestantes (A50)				
Leptospirose (A27)				
Meningite (A87)				
Outras doenças bacterianas (A20-A64)				
Diarreia/gastroenterite* (A09)				
Outras doenças e infecções intestinais (A01-A08)				
Doenças cardiocirculatórias (I00-I99)				
(I21-I22: infarto do miocárdio, I64: AVE)				
Doenças isquêmicas do coração (I20-I25)				
Doenças cerebrovasculares (I60-I69)				
Doenças hipertensivas (I10-I15)				
Outras doenças cardíacas (I26-I52)				
Veias varicosas (extremidades inferiores)(I83)				
Insuficiência cardíaca (I50)				
Outras doenças isquêmicas do coração (I24)				
Doenças do aparelho respiratório (J00-J99)				
Pneumonia (J10-J18)				
Doenças crônicas das vias aéreas inferiores (J40-J47)				
Neoplasias (C50; C53; C61)**				
Traqueia, brônquios e pulmões (C33-C34)				
Restante das neoplasias(C17; C23-C24; C26-C31; C37-C41; C44-C49; C51-C52; C57-C60; C62-C66; C68-C69; C73-C81; C88-C89; C96-C97)				
Mortalidade infantil e materna: ***				
Diabetes mellitus E10-E14)				
Restante das doenças do aparelho digestivo (K00-K22; K28-K64; K66, K80, K82-K93)				
Colelitíase e colecistite(K80-K81)				
Outras doenças do aparelho urinário(N30-N39)				
Hérnia inguinal (K40)				

Fonte: Adaptado de Cavaca et al (2015).

*Origem da infecção presumida

** câncer de mama, câncer de colo de útero e câncer de próstata.

***Algumas afecções do período perinatal (P00-P96); Malformações congênitas e anomalias cromossômicas (Q00-Q99);

Doenças do aparelho respiratório (J00-J99); Algumas doenças infecciosas e parasitárias (A00-B99).

Legenda: ■ Coincidem em duas categorias.

■ Aparecem em apenas uma categoria

Foram definidas como “Doenças evidenciadas pela mídia impressa do ES” aquelas que conformavam o “valor-saúde” estadual (tabela 2) e estavam presentes dentre as patologias mais noticiadas no período (tabela 1). Assim, doenças como dengue, AIDS, hepatites virais, diabetes e neoplasias malignas apresentaram uma ampla cobertura no período, coadunando a tradição de evidência midiática dessas doenças (tabela 3).

Tabela 3. Doenças prioritárias (valor-saúde) noticiadas nos jornais *A Tribuna* e *A Gazeta* conforme a Classificação Internacional das Doenças (CID-10). Espírito Santo, 2011-2012.

DOENÇA (CID-10)	NOTÍCIAS	MORTES	ÍNDICE NOTÍCIA- MORTE	INTERNAÇÕES	ÍNDICE NOTÍCIA- INTERNAÇÃO	NOTIFICAÇÕES	ÍNDICE NOTÍCIA- NOTIFICAÇÃO
Diabetes (E10-E14)	433	2125	0,20	4853	0,09	#	#
Dengue(A90)	350	34	10,29	4410	0,08	43970	<0,01
AVE(I64)*	280	0,00*	0,00*	4313	0,06	#	#
Neoplasias [tumores] malignas(os) da mama(C50)	227	519	0,44	2876	0,08	#	#
Infarto do miocárdio(I21-I22)	214	3571	0,06	2462	0,09	#	#
AIDS adulto(B20-B24)	198	526	0,38	820	0,24	1242	0,15
Doenças hipertensivas(I10-I15)	167	2041	0,08	4526	0,04	#	#
Pneumonia(J10-J18)	119	1871	0,06	24389	<0,01	#	#
Doenças cardiocirculatórias(I00- I99)**	100	829	0,12	46978	<0,01	#	#
Neoplasia maligna da próstata(C61)	100	600	0,17	1248	0,08	#	#
Hepatite viral(B15-B19)	95	84	1,13	226	0,42	1029	0,09
Neoplasia maligna da traqueia, brônquios e pulmões(C33-C34)	78	818	0,10	890	0,09	#	#

*O SIM não especifica mortes por AVE (I64), apenas classifica pelo capítulo de Doenças Cerebrovasculares (I60-I69).

**Foram excluídas da soma as doenças cardiocirculatórias citadas separadamente deste capítulo (I00-I99).

Doenças sem notificação compulsória

As “Doenças Midiaticamente Negligenciadas” (tabela 4) foram identificadas a partir das patologias consideradas prioritárias (tabela 2), mas que não tiveram visibilidade midiática (tabela 1). Destacam-se patologias relacionadas à pobreza, como a tuberculose, a hanseníase, a esquistossomose, a leishmaniose e o tracoma. Doenças que apresentaram surtos no período, como a coqueluche e a meningite, além de algumas neoplasias, afecções respiratórias, doenças isquêmicas do coração e cerebrovasculares, e outras enfermidades que apresentam alto número de internações no estado (hérnia ingnal, colelitíase e colecistite, outras doenças do aparelho urinário, diarreia, veias varicosas das extremidades inferiores, dentre outras) também se mostraram pouco abordadas pela mídia capixaba.

Tabela 4. “Doenças Midiaticamente Negligenciadas”: patologias prioritárias (valor-saúde) pouco abordadas nos jornais *A Tribuna* e *A Gazeta* conforme a Classificação Internacional das Doenças (CID-10). Espírito Santo, 2011-2012.

DOENÇA	NOTÍCIAS	MORTES	ÍNDICE NOTÍCIA- MORTE	INTERNAÇÕES	ÍNDICE NOTÍCIA- INTERNAÇÃO	NOTIFICAÇÕES	ÍNDICE NOTÍCIA- NOTIFICAÇÃO
Tuberculose (A15-A19)	42	137	0,31	471	0,09	2903	0,01
Hanseníase (A30)	14	6	2,33	391	0,04	1958	0,01
Esquistossomose (B65)	3	33	0,09	6	0,50	1075	<0,01
Leishmanioses (B55)	2	3	0,67	9	0,22	265	<0,01
Tracoma (A71)	1	0	-	0	0,00	#	#
Coqueluche (A37)	29	5	5,80	171	0,17	1045	0,03
Sífilis em gestantes (A50)*	1	0	-	336	0,00	1317	<0,01
Leptospirose (A27)	13	20	0,65	94	0,14	530	0,02
Meningite (A87)	52	48	1,08	106	0,49	524	0,10
Outras doenças bacterianas (A20-A64)**	210	241	0,87	11500	0,02	#	#
Diarreia/gastroenterite (A09)	34	124	0,27	5864	0,01	#	#
Outras doenças e infecções intestinais (A01-A08)	63	11	5,73	5173	0,01	#	#
Doenças isquêmicas do coração (I20-I25)	1	4363	0,00	7104	<0,01	#	#
Doenças cerebrovasculares (I60-I69)	4	4085	0,00	7272	<0,01	#	#
Outras doenças cardíacas (I26-I52)	385	1588	0,24	994	0,39	#	#
Veias varicosas (extremidades inferiores) (I83)	22	0	-	11967	<0,01	#	#
Insuficiência cardíaca (I50)	29	0	-	8038	<0,01	#	#
Outras doenças isquêmicas do coração (I24)	0	-	-	7104	0,00	#	#
Doenças do aparelho respiratório (J00-J99)**	34	446	0,08	13058	<0,01	#	#
Doenças crônicas das vias aéreas inferiores (J40-J47)	3	1596	<0,01	9502	<0,01	#	#
Neoplasia maligna do colo do útero (C53)	50	199	0,25	1254	0,04	#	#
Restante das neoplasias	178	985	0,18	10034	0,02	#	#
Algumas afecções do período perinatal (P00-P96)	8	738	0,01	8543	<0,01	#	#
Malformações congênitas e anomalias cromossômicas (Q00-Q99)	12	462	0,03	2683	<0,01	#	#
Algumas doenças infecciosas e parasitárias (A00-B99)**	14	134	0,10	34748	<0,01	#	#
Restante das doenças do aparelho digestivo	277	967	0,29	31907	0,01	#	#
Colelitíase e colecistite (K80-K81)	6	69	0,09	9468	<0,01	#	#
Outras doenças do aparelho urinário (N30-N39)	2	454	<0,01	850	<0,01	#	#
Hérnia inguinal (K40)	2	0	-	5301	<0,01	#	#

*O CID A50 representa Sífilis congênita, utilizada como uma aproximação para identificar os casos de internação por Sífilis em gestantes. O SINAN classifica exatamente os casos de Sífilis em gestantes, representado fidedignamente nesta tabela.

****Foram excluídas da soma as doenças citadas separadamente destes capítulos.**

Doenças sem notificação compulsória

É importante destacar alguns aspectos referentes às seguintes doenças: outras doenças bacterianas (210 matérias – excluídas as doenças citadas separadamente), outras doenças cardíacas (385 matérias), restante das neoplasias (178 matérias) e restante das doenças do aparelho digestivo (277 matérias). Tais grupos de patologias representam somas de um conjunto de classificação de outras doenças, assim apresentados no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e, para elaboração de um “índice notícia-morte” fidedigno neste estudo, foram também dessa maneira apresentados na tabela quatro. Por esse motivo, apresentam uma alta frequência de notícias em conjunto, mas, se consideradas isoladamente, apresentam uma pequena frequência de veiculação, sendo consideradas como DMNs.

Discussão

Doenças, midiaticização, índices

Pode-se observar que a produção noticiosa de nosso tempo é, muitas vezes, pouco perceptiva a determinados imperativos como, por exemplo, aqueles apontados como epidemiologicamente prioritários. Ao amparar-se na lógica do Mercado da Atenção¹² divulga-se informações à maneira da promoção de *comodities* - ofertando notícias e publicidades. Lida-se com as questões de saúde como produtos de consumo oferecido a clientes em potencial¹³. Nesse contexto de crescente interesse voltado às fontes midiáticas, a saúde é majoritariamente abordada pelo *frame* do extraordinário, das catástrofes, das denúncias, dos anúncios de das inovações tecno-científicas, das doenças de celebridades e da prescrição de cuidados estéticos ou de “estilos de vida saudáveis” vinculados à responsabilização individual e ao consumo de bens e serviços. Basicamente, trata-se de uma abordagem com viés mercadológico, descontextualizado dos princípios do SUS e da realidade político-social na qual se insere e interfere³.

Tal cenário conclama a necessidade de discutir o palco midiático no que diz respeito aos temas ligados à saúde e ao adoecer. Neste caso, não apenas no que tange aos valores-notícia de uma saúde objeto de demanda e desejo por parte dos consumidores de produtos midiáticos¹⁴. Acrescenta-se a tais valorações os temas de saúde prosaicos do dia-a-dia, que usualmente não representam “furo” jornalístico,

embora sejam relevantes aos estratos desfavorecidos da população. Estes, por não disporem de "voz" na cena política, tornam-se atores simbolicamente depreciados, vulneráveis a ameaças desinteressantes aos órgãos de comunicação, a não ser naquilo que possuem de inusitado ou sensacionalista². Nesse sentido, a invisibilidade ou negligência midiática de determinados problemas de saúde atua como uma nuance de apagamento social⁶, pois o que não existe é assim produzido como não-existente, e, embora ignorado, pode estar disponível e observável¹⁵.

Portanto, admite-se como cerne mais promissor à discussão dos resultados exibidos as vacuidades observadas na medida da não-publicização de condições mórbidas consideradas prioritárias ao estado do ES, aqui estimadas como “valores-saúde”. Decerto, os índices aqui propostos são colocados mais como “reforçadores” dessas evidências do que como mensurações precisas das omissões em tela. As estimativas aqui apresentadas se prestam unicamente à complexa retratação de iniquidades e à promoção de debates acerca da serventia pública dos meios de comunicação. Ademais, é sabidamente impossível estimar categorias complexas (negligências), sobre as quais incidem múltiplos vetores, apenas pelos critérios quantitativos aqui empregados, com base em cálculos fundamentados em “pontos de corte” arbitrários. Não obstante, tais valores e estimativas apontam para uma área cinzenta ligada às percepções culturais e omissões tácitas que, muitas vezes, fazem obscurecer segmentos de uma realidade de saúde iníqua. Assim sendo, reitera-se que tais estimativas se prestam à identificação de novas categorias – as DMNs – que se oferecem como matéria de discussão impossível de se esgotar nos espaços aqui disponíveis.

O “índice notícia-morte” e suas derivações em “notícia-internação” e “notícia-notificação”, por exemplo, apontam para discrepâncias, calculadas pelo número de notícias por morte, internação ou notificação concernente às doenças em questão. Tais índices foram inicialmente propostos por Hans Rosling (Roslin H. Swine flu alert! News/Death ratio:8176. Disponível em: <http://www.gapminder.org/videos/swine-flu-alert-news-death-ratio-tuberculosis/>. Acesso em 18 de fevereiro de 2015), no contexto da publicização da tuberculose, e discutidos por Peter Allebeck (2010)¹⁶ a respeito do “frenesi” midiático sobre a pandemia de Influenza H1N1, em 2009 e o distanciamento entre o que é divulgado pela mídia, temido pela população e as reais ameaças de saúde pública.

O autor mostra que durante o período de 13 dias, houve 31 mortes em todo o mundo causadas pela H1N1, enquanto a tuberculose matou 63.066 pessoas. Em contrapartida, o número de notícias sobre a “gripe suína” foi de 253.442, enquanto o número de notícias sobre tuberculose foi 6.501. Desse panorama resulta um elevado índice de “notícia-morte” para a H1N1 (8.176), que contrasta com a modesta razão ligada à tuberculose (0,1). Assim como na presente discussão, Allebeck (2010)¹⁶ destaca que a razão “notícia-morte” não representa objetivamente um índice validado para mensuração de inconsistências na “publicidade midiática”, mas uma alegoria que ilustra discrepâncias entre o noticiado e as reais ameaças/problemas. Além disso, afirma que não há altos índices de mortalidade entre os problemas admitidos como os mais graves (saúde mental e, no caso do ES, por exemplo, o tracoma), mas sugere o desenvolvimento de outros índices para ilustrar tais desconexões. Portanto, o desenvolvimento dos “índices notícia-internação” e “notícia-notificação” buscam tematizar lacunas e distanciamentos entre “necessidades *versus* visibilidades” a partir do recorte da realidade sócio-epidemiológica capixaba.

Traquina (2008)¹⁷ define os eventos catastróficos, inusitados, trágicos, passíveis de dramatização e personalização e a própria morte em si como importantes valores-notícia no processo de seleção e construção da matéria. Além disso, a ausência de óbitos muitas vezes reduz a carga de dramaticidade da cobertura e seu peso político¹⁸. Assim sendo, no sentido oposto da mesma direção de nossas premissas, os resultados apontaram 12 doenças epidemiologicamente relevantes para o ES e, efetivamente, muito noticiadas como a diabetes, a dengue, as doenças do aparelho cardiocirculatório, as neoplasias, a pneumonia, a AIDS e as hepatites virais (tabela 3). A dengue e as hepatites obtiveram um “índice notícia-morte” maior que 1, ou seja, houve mais de uma notícia para cada morte. Não obstante, percebe-se que, em relação à internação e à notificação, essas enfermidades apresentaram noticiabilidade aquém de suas dimensões epidemiológicas. Observa-se certa “sincronia” entre a alta midiática da dengue e sua incidência, com picos de cobertura frequentemente coincidentes com as expansões epidêmicas da doença¹⁹. A centralidade conferida à noticiabilidade da dengue se repete no “índice notícia-morte” de 10,29 notícias por morte.

Já as hepatites virais representam relevante problema de saúde pública no Brasil e no mundo, apresentando mudanças no comportamento epidemiológico devido à melhoria das condições de higiene e saneamento, a vacinação contra a hepatite B e as

novas técnicas de diagnóstico da hepatite C. Entretanto, a heterogeneidade socioeconômica e as iniquidades no acesso aos serviços de saúde e na incorporação de tecnologias avançadas de diagnóstico e tratamento ainda são mazelas nacionais²⁰. Por isso, a ampla cobertura midiática identificada neste estudo e o número elevado de notificações pode denotar atenção ampliada ao problema, tanto no que diz respeito à divulgação da doença (debate público, educação sanitária e prevenção) quanto à melhoria no processo de diagnóstico e/ou notificação da patologia.

Sabe-se que a notificação compulsória de doenças é essencial ao desencadeamento de ações de vigilância em saúde, possibilitando intervenções protetivas e preventivas²¹. Assim sendo, a mediação de condições de alta necessidade de notificação pode representar uma medida importante de vigilância e agendamento público de saúde^{22,23}.

Outro caso são as neoplasias - enfermidades de relevância epidemiológica e grande visibilidade midiática na contemporaneidade¹⁴ - que apresentaram um grande número de matérias no período de estudo, assim como relatado em outros trabalhos^{24,25}. De acordo com Romeyer (2014)²⁶ quanto maior a patologização da doença, maior a mediação da mesma. A autora compara a mediação do câncer, do mal de Alzheimer e das alergias respiratórias na imprensa francesa, concluindo que o câncer era a patologia mais mediada em contraste com as alergias. Dentre os fatores que influenciam tal diferenciação no contexto francês, o fato de o câncer já ter afetado milhares de artistas e personalidades públicas fez com que houvesse muitos “lançadores de alerta” a respeito da doença. Além disso, há intensa noticiabilidade acerca de novos estudos e políticas de saúde concernentes às neoplasias, além das controvérsias científicas que, por si, já apresentam valor-notícia proeminente.

Em contraste a tal quadro, a doença de Alzheimer representa uma condição pouco cercada de controvérsias, como fatalidade inerente ao final da vida e as alergias respiratórias se colocam como discursos repetitivos, cercados de escassas novidades, não raro ocupando o espaço de “tapa buracos” na programação²⁶.

Doenças, silenciamentos, contradições: negligências

Dentre as patologias classificadas como “Doenças Midiaticamente Negligenciadas” (tabela 4) a tuberculose, a esquistossomose, a hanseníase, as doenças

isquêmicas do coração e as cerebrovasculares se destacam, pois agregam dois critérios de relevância ao “valor-saúde” capixaba (tabela 2) e, mesmo assim, não alcançam noticiabilidade condizente. Por outro lado, a hanseníase apresentou um ‘índice “notícia-morte” de 2,33, o que denota uma boa proporcionalidade da divulgação midiática em razão da mortalidade, talvez nem tanto pela dimensão de sua noticiabilidade, mas em virtude de sua reduzida mortalidade. Porém, assim como a coqueluche (5,80), a meningite (1,08) e outras doenças infecciosas e intestinais (5,73) que também se expressam nesses indicadores como ‘destaques midiáticos’ em relação à mortalidade, no que tange às notificações e/ou internações, sua noticiabilidade se situa aquém de sua relevância epidemiológica, expressando efetivamente questões candentes ligadas à pobreza e ao acesso ao SUS. Assim sendo, ao analisar a midiatização das patologias é imprescindível que se considerem as limitações (ou até mesmo contradições) de representatividade desses índices.

De modo análogo, a ínfima veiculação de matérias sobre as doenças isquêmicas do coração e cerebrovasculares merece ressalva, visto que foram excluídas as matérias em relação ao número de morte referentes ao infarto e ao AVC (representados na tabela 3). Assim sendo, apesar de ambos os grupos de patologias provocarem muitas mortes, suas baixas veiculações podem estar relacionadas com a falta de conhecimento por parte dos jornalistas ou pouco interesse editorial de maior especificação desse grupo de doenças que, embora possuam CIDs diferentes, são menos populares que as nomenclaturas “infarto” e “AVC”.

Admite-se que, enquanto a exposição nos meios de comunicação de determinadas doenças fomenta o desenvolvimento de círculos de atenção social a respeito das mesmas, a negligência midiática contribui para a precária visibilidade e sustentabilidade política de algumas patologias⁶. Dessa maneira, a crítica ao viés mercadológico na abordagem da saúde e aos critérios de noticiabilidade hegemônicos (que balizam a midiatização das doenças) se sustenta no descompasso entre os interesses do Mercado da Atenção¹² e os interesses da saúde pública, principalmente para os segmentos sociais mais vulneráveis.

Será que a midiatização do “catastrófico” e do “extraordinário” é relevante no que tange à saúde? Ou melhor: o que seria catastrófico e extraordinário **para** a saúde pública? Os resultados do estudo revelam DMNs com dados no mínimo preocupantes

(catastróficos?) para a saúde pública estadual e, mesmo assim, pouco valorizadas pela mídia.

A leptospirose (530 notificações e 20 mortes), por exemplo, trata-se de zoonose de grande relevância social e econômica, altamente influenciada por precárias estruturas sanitárias, sendo toda a população suscetível à doença²³. A coqueluche (1045 notificações) e a meningite (524 notificações) são doenças imunopreveníveis e transmissíveis e, por isso, os meios de comunicação podem atuar de maneira relevante para comunicação de surtos, orientação da população quanto aos sinais, sintomas e adoção de medidas específicas de prevenção dessas patologias. Já a esquistossomose (1075 notificações) possui ainda a particularidade de ser uma doença endêmica em vários municípios do ES¹¹, que suscita preocupação política, e, mesmo assim, foi abordada pelos periódicos em apenas três matérias.

Além dessas, poderíamos citar as patologias sensíveis à Atenção Básica de saúde, mas que ainda apresentam números alarmantes: sífilis em gestantes (1317 notificações) diarreia e gastroenterite (5864 internações), neoplasias de útero (199 mortes) entre outras condições absurdas, que, a nosso ver, representam situações calamitosas, inaceitáveis e altamente relevantes para a pauta midiática e para o agendamento público e político.

Considera-se, nesse sentido, que questões publicizadas, ao atingirem certo nível de expressão midiática, começam a atrair atenção pública/política²⁷. Portanto, trata-se de um ciclo, assim como afirma Hudacek et al. (2011)²⁸, no qual pode haver evidência ou incúria de certas doenças no espaço público, de acordo com a cobertura ou enquadramento dessas patologias nos meios de comunicação, principalmente quando se conta com “lançadores de alerta” que propulsionam esse ciclo.

Para melhor compreender as evidências e negligências que permeiam a cobertura midiática das doenças, é relevante analisarmos a conformação do campo jornalístico, bem como o processo de publicização e midiaticização da saúde.

O campo jornalístico e a publicização da saúde

O campo jornalístico é um microcosmo que conta com leis próprias, definido por sua posição no mundo global e pelas atrações e repulsões que sofre da parte de outros

microcosmos²⁹. Assim, é relevante para a análise da divulgação midiática da saúde considerar as regras práticas que organizam o processo de produção de notícias, como os critérios de noticiabilidade e a rotinização produtiva das editoriais²⁹. Paralelamente, também se faz necessário considerar o *habitus* profissional jornalístico como um fator peremptório para se compreender a maneira como as matérias de saúde são construídas e divulgadas pela mídia, aliada a uma problematização consciente da série de fatores econômicos, sociais, culturais e políticos que essa discussão suscita.

Diante dos constrangimentos editoriais, das rotinas e dos hábitos de pensamento impostos sem discussão, a mídia, muitas vezes, produz uma representação do mundo formada por uma filosofia da história como sucessão absurda de desastres e fatos descontextualizados, dos quais se apaga o sistema de relações em que estão inseridos (estrutura familiar, mercado de trabalho, políticas de impostos, etc)²⁹. Além disso, há o interesse prevalente no destaque às questões inusitadas e imediatas, com efeitos de “anúncio”, em detrimento de ações sem efeitos imediatamente visíveis, promovendo um desengajamento fatalista claramente favorável à manutenção da ordem estabelecida²⁹. Por esses motivos, é extremamente relevante reiterar que as questões de saúde fazem parte de uma prerrogativa de comunicação pública – comunicação de interesse geral³⁰, que pressupõe um espaço público de publicização mais o seu debate²⁷, sendo a lógica de produção jornalística apenas um dentre diversos outros fatores que influenciam a divulgação midiática da saúde.

Assim, a midiática da saúde desponta a partir de uma série de discursos e interesses concorrenciais, muito além do contexto médico-sanitário e midiático. Decisões políticas, ações militantes, epidemias, lançamento de medicamentos e descobertas tecno-científicas atuam como “lançadores de alerta” e se mobilizam para “existir” na cena pública³⁰. Por isso, a divulgação midiática (e a Comunicação e Saúde como um todo) mostra-se como uma arena de disputas de poder.

De acordo com Romeyer (2013)²⁷ é possível revelar três características do processo de publicização da saúde: imposição de normas e de comportamento pelos discursos públicos, o debate dos desafios sanitários na imprensa e o aparecimento de novos atores sociais em busca de legitimidade. Em relação ao viés prescritivo, percebe-se no uso de mensagens de prevenção que se ligam a uma ideia do risco, almejando-se a promoção de comportamentos ditos “normais” ou a tempo de modificar um tido como “de risco”. Já os desafios sanitários, destacam-se principalmente os que contam com

temáticas angustiantes, que abordam catástrofes ou revelam casos. Os novos atores aparecem na forma de coletivos: fóruns, redes sociais e associações, que muitas vezes se agrupam para se fazerem ouvir e influenciarem as políticas públicas.

Para melhor compreender esse processo, a publicização da saúde deve ser analisada a partir de sua conexão temporal e contextual (faz parte de prioridades políticas, institucionais ou epidemiológicas?). Contudo, o protagonista da publicização é o efeito de rotulagem/nomeação do problema (no caso, da doença), o qual promove a definição e reconhecimento público da mesma. A publicização, ademais, depende ainda do discurso coletivo, que pode chamar a atenção pela sua abordagem mais alarmista e polemizar a temática da veiculação midiática e da ação/reação dos poderes públicos. Assim, há publicização na passagem e relação entre esses elementos, em um jogo de enquadramentos e reenquadramentos sucessivos do assunto público²⁷.

A nomeação ou rotulagem da doença pode ser produzida por diversas vias, dentre elas a do diagnóstico da patologia de determinado paciente ou de uma epidemia em dada população. Segundo Rosenberg (2002)³¹ o diagnóstico rotula, determina, prediz e, ao fazê-lo, ajuda a constituir e legitimar a realidade que ele discerne. De acordo com o autor, embora o diagnóstico tenha sido importante na história da medicina clínica, ele tornou-se particularmente relevante no final do século XX, com a proliferação de exames citológicos, químicos ou de imagem. Assim, as tecnologias médicas facilitaram o processo de diagnóstico e promoveram ainda mais o entendimento da doença como uma entidade.

Tal centralidade da organização da doença em “categorias nomeáveis” também foi utilizada em função dos imperativos burocráticos, não só no que diz respeito à administração hospitalar, mas também a uma multiplicidade de contextos, desde seguros de vida e de saúde até os debates relacionados à epidemiologia e às políticas de saúde pública. Nesse sentido, é possível inferir que a produção de nomeações produz efeitos diversos. No presente trabalho, nota-se o efeito de visibilidade da mesma, através da nomeação/classificação das doenças por CID-10. Trata-se da décima Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde, publicada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a qual objetiva padronizar a classificação das doenças e problemas de saúde, sendo que, para cada estado/patologia, é atribuída uma categoria única (código CID-10). (<http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/apresent.htm>).

Assim sendo, nesse ciclo “visibilidade-atenção pública”, os CIDs permitiram nomear, comparar com informações disponíveis em banco de dados oficiais e trazer à tona patologias às quais são oferecidas pesos desiguais em sua divulgação midiática. Doenças como tuberculose, esquistossomose, leishmaniose, tracoma, gastroenterite e hérnia ingnal foram reveladas como midiaticamente negligenciadas na mídia do estado do ES. Tal “nomeação” de relevância, identificadas pelo “valor-saúde”, e a classificação de negligência, “rotuladas” como “Doenças Midiaticamente Negligenciadas” visou atuar como “lançadores de alerta” para sua importância social e para as iniquidades perpetuadas através de seu silenciamento.

Falibilidades, biopolítica e alcances futuros

Entretanto, ao mesmo tempo em que “rotulamos” de DMNs, questionamos se a determinação do “relevante a ser visível” - dimensão propositiva do trabalho - não seria expressão biopolítica arbitrária, quando da “entrada de fenômenos peculiares à vida humana na ordem do conhecimento e poder, na esfera de técnicas políticas”³². Rose (2007)³³ assevera que as estratégias biopolíticas não se limitam às questões de Estado, incluindo diversos modos como a vitalidade, morbidade e mortalidade devem ser tratadas quanto a um nível desejável. Assim, não seriam nossas “proposições midiáticas” (estritamente quantitativas) uma tentativa biopolítica de influência aos cidadãos, no que diz respeito às definições (essencialmente subjetivas) dos espectros de intervenção da vitalidade humana?

Nesse momento, revela-se a assunção de nossa falibilidade. Diante da dificuldade de se mensurar necessidades subjetivas e dos reveses epistêmicos (e empíricos) dessa dimensão fenomenológica da saúde, assumimos que esse *mix* de critérios para construção do “valor-saúde” ao menos tangenciaria os problemas dos mais vulneráveis (fragilidade dos mais prejudicados socialmente), contemplados nas prioridades políticas estaduais. Porém, esta mesma prioridade se dá por critérios essencialmente epidemiológicos e, raramente (nunca?), considerando a subjetividade das necessidades de saúde dos sujeitos sociais. A partir destas constatações, foram demandados outros estudos de natureza qualitativa almejando dar continuidade ao debate, considerando esta lacuna.

Considerações finais

Sabe-se que as pautas de saúde e de doenças são mobilizadas por diferentes interesses, *lobbys* e lançadores de alertas. Algumas condições, como as

apontadas no estudo, gozam de elevada valorização midiática por diversos motivos, dentre eles a concentração de um capital simbólico derivado desses diferentes interesses. Já outras, as DMNs, tornam-se imperceptíveis por não alcançarem protagonismo suficiente e, na maioria das vezes, por se tratarem de doenças da pobreza, advindas de segmentos sem voz. Para dar visibilidade a determinados temas considera-se essencial delinear e publicizar uma temática reconhecível como questão política relevante, suficiente à sua conexão com os poderes públicos.

Em síntese, os indicadores de alta/baixa noticiabilidade aqui propostos devem também ser considerados como representações figurativas, que buscam significados outros que transcendem ao de sua mera adição ao literal e objetivável. As DMNs também devem ser consideradas em sua dimensão simbólica, como figuras retóricas que encerram um posicionamento político, mais amplo do que a dimensão quantitativa para a qual apontam e na qual se circunscrevem. Embora semelhante a outras construções epidemiológicas, sua retórica se ampara nas invisibilidades e omissões de maneira mais emblemática que objetivadora, a apelar por um posicionamento político até agora pouco contemplado na dimensão acadêmica.

Referências

1. Araújo IS, Cardoso JM. *Comunicação e Saúde*. 20ª ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2007.
2. Barata RCB. Saúde e direito à informação. *Cad. saúde publica* 1990; 6(4): 385-99.
3. Dicionário Comunicação e Saúde. *Revista Poli: saúde, educação e trabalho* 2010; ano 2 (12): 25-26.
4. Rangel-S ML, Guimarães JMM, Belens AJ. Comunicação e Saúde: aproximação ao estado da arte da produção científica no campo da saúde. In: Paim J, Almeida-Filho, N. *Saúde Coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: MedBook; 2014. p.625-637.

5. Araújo IS, Moreira AL, Aguiar R. Doenças negligenciadas, comunicação negligenciada. Apontamentos para uma pauta política e de pesquisa. *RECIIS- R. Eletr.de Com. Inf. Inov. Saúde* 2013; 6 (4/supl.).
6. Cavaca AG, Vasconcellos-Silva PR. Doenças midiaticamente negligenciadas: uma aproximação teórica. *Interface comun. saúde educ.* 2015; 19 (52): 83-94.
7. Jornal A Tribuna. *Histórico*. Disponível em: <http://www.redetribuna.com.br/jornal/historico>. Acesso em: 13 de fevereiro de 2015.
8. A Gazeta. *Histórico*. Disponível em: <http://gazetaonline.globo.com/index.php?id=/redegazeta/historico/index.php>. Acesso em: 13 de fevereiro de 2015.
9. Tito A, Santana JC, Tarcisio J. A trajetória dos meios de comunicação capixabas. In: Martinuzzo (Org.). *Quase 200*. Vitória: DIO, 2008. p. 37-54.
10. SESA. *PES - Plano Estadual de Saúde 2012-2015*. Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo, 2012.
11. SESA. *PDR - Plano Diretor de Regionalização da Saúde Espírito Santo 2011*. Secretaria de Estado de Saúde, 2011.
12. Cavaca AG, Vasconcellos-Silva PR. O Mercado da atenção e as doenças midiaticamente negligenciadas. *Rev. bras. pesqui. Saúde* 2013; 15 (4): 4-5.
13. Vasconcellos-Silva PR, Castiel LD, Bagrichevsky M, Griep RH. As novas tecnologias da informação e o consumismo em saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2010; 26(8): 1473-1482.
14. Lerner K. Doença. Mídia e Subjetividade: algumas aproximações teóricas. In: Lerner k, Sacramento I (Org.). *Saúde e Jornalismo: interfaces contemporâneas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. FAPERJ; 2007. p.151-161.
15. Sousa Santos B. Para uma sociologia das ausências e uma sociologia das emergências. *Revista Crítica de Ciências Sociais* 2002. 63: 237-280.
16. Allebeck P. Contributing to an important debate or increasing the news/death ratio? *European Journal of Public Health* 2010. 20 (5): 483-485.

17. Traquina N. *Teorias do Jornalismo: A tribo jornalística – uma comunidade interpretativa transnacional*. 2 ed. Florianópolis: Insular, 2008.
18. Vaz P, Cardoso JM. Risco, sofrimento e política: a epidemia de dengue no Jornal Nacional em 2008. In: Lerner k, Sacramento I (Org.). *Saúde e Jornalismo: interfaces contemporâneas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. FAPERJ; 2007. p.165-182.
19. França E, Abreu D, Siqueira M. Epidemias de dengue e divulgação de informações pela imprensa. *Cadernos de Saúde Pública* 2004; 20 (5): 1334-1341.
20. Ferreira CT, Silveira TR. Hepatites virais: aspectos da epidemiologia e da prevenção. *Rev bras. Epidemiol.* 2004; 7 (4): 473-487.
21. Sousa SPO, Mascarenhas MDM, Silva MCB, Almeida RAM. Conhecimento sobre doenças e agravos de notificação compulsória entre profissionais da Estratégia saúde da Família no município de Teresina, estado do Piauí, Brasil-2010. *Epidemiol. Serv. Saúde.* 2012; 21(3): 465-474.
22. Porto MP. Lutando contra AIDS entre meninas adolescentes: os efeitos da campanha de carnaval de 2003 do Ministério da saúde no Brasil. *Cad. Saude Publica* 2005, Rio de Janeiro, 21 (4): 1234-1243.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Guia da vigilância Epidemiológica*. 6 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
24. Castro R. Câncer na mídia: uma questão de saúde pública. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2009; 55 (1): 41-48.
25. Jurberg C, Gouveia ME, Belisário C. Na mira do câncer: o papel da mídia brasileira. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2006; 52(2): 139-146.
26. Romeyer, H. *Santé, Risque et Médias*. 2014. Disciplina Saúde, Risco e Mídia, ministrada no Programa de Pós-graduação em Informação e Comunicação em Saúde, Rio de Janeiro, 2014.
27. Romeyer H, Moktefi A. Pour une approche interdisciplinaire de la prévention. *Revue Communication et Langages* 2013; 176: 33-47.

28. Hudacek DL, Kuruvilla S, Kim N, Semrau S, Thea D, Qazi S, Pleasant A et al. Analyzing media coverage of the Global Fund Disease compared with Lower Funded Diseases (Childhood pneumonia, Diarrhea and Measles). *PLoS ONE* 2011; 6 (6): 1-9.
29. Bourdieu P. *Sobre a televisão*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.
30. Romeyer H. Santé et espace public. In: Romeyer H. (dir.) *Presses de l'EHESP, collection Communication, santé, social*, 2010. Rennes: 5-11.
31. Rosenberg CE. The Tyranny of diagnosis: specific entities and individual experience. *The Milbank Quarterly* 2002; 80 (2):.237-260.
32. Foucault M. *Nascimento da Biopolítica*: curso dado no College de France (1978-1979). São Paulo: Martins Fontes, 2008.
33. Rose N. *The politics of life itself*: biomedicine, power and subjectivity in the twenty-first century. Princenton: Princenton University Press, 2007.

7.5 ARTIGO 5: Texto aceito para publicação no periódico Ciência e Saúde Coletiva^{ooo}**Entre evidências e negligências: cobertura e invisibilidade de temas de saúde na mídia impressa portuguesa**

Between evidence and negligence: coverage and invisibility of health topics in the Portuguese press media

Aline Guio Cavaca

Paulo Roberto Vasconcellos-Silva

Patrícia Ferreira

João Arriscado Nunes

Resumo:

Este estudo objetiva realizar uma análise sobre a divulgação midiática da saúde em Portugal, a fim de problematizar as questões da cobertura e invisibilidade dos temas de saúde, as quais apontariam Temas Midiaticamente Negligenciados. Para tanto, foram comparadas a cobertura de saúde do Jornal *Público* com o contexto epidemiológico sobre prioridades de saúde e às percepções dos atores-chave acerca da divulgação midiática e dos temas relevantes à população portuguesa. Evidenciou-se nos resultados que os temas ligados à saúde mais recorrentes na mídia portuguesa não se referem às doenças propriamente ditas, mas às Políticas e à Economia da saúde e medicamentos. Foram identificados como Temas Midiaticamente Negligenciados no contexto lusitano as doenças transmissíveis, como as hepatites e a tuberculose; questões relacionadas à Saúde Mental e ao suicídio; as enfermidades e consequências sociais da crise econômica que assola o país e, a partir da percepção dos comunicadores entrevistados, as Doenças Negligenciadas, a Hemocromatose e demais doenças raras. Paralelo a isso, o estudo

^{ooo} Cavaca AG, Vasconcellos-Silva PR, Ferreira P, Nunes JA. Entre evidências e negligências: cobertura e invisibilidade de temas de saúde na mídia impressa portuguesa. *Ciência e Saúde Coletiva* (no prelo).

destaca como Temas Midiaticamente Evidenciados as mazelas relacionadas às celebridades, conjunturais e exaustivamente exploradas pelos veículos de comunicação.

Palavras-chave: Comunicação em saúde; Saúde Pública; Meios de comunicação de massa.

Abstract

This study aims to assess the media coverage about health in Portugal, in order to problematize issues in terms of health coverage and invisibility, which would result in the Media Coverage Neglected Themes. In spite of this, it was analyzed the coverage regarding health in the Portuguese Journal *Publico* compared along with the epidemiological context about health priorities and the key-actors' perceptions about the media coverage diffusion and the relevant themes pertinent to the Portuguese population. Thus, such results shows that the recurrent themes associated to health does not relate to the diseases itself, but to the Politics and Economics of health and medicines. It was identified as Media Coverage Neglected Themes, in the Portuguese context, the communicable diseases, as hepatitis and tuberculosis; issues related to Mental Health and suicide; infirmities and consequences associated to the economic and social crisis that hit the country and, from the perceptions of the interviewed communicators, the Neglected Diseases, as the Hemochromatosis and rare diseases. At the same time, the study points out the Media Coverage Evidenced Themes as the misfortune related to the celebrities, explored exhaustively by the communication media in the country.

Keywords: Health communication; Public health; Mass media.

Introdução

Enquanto campo social – microcosmo dotado de leis próprias¹ – a mídia é uma instituição delimitada pela sua própria esfera de legitimidade na definição, na imposição e na defesa de uma determinada hierarquia de valores². Porém, detém uma legitimidade singular: ao contrário de outros campos que possuem sistemas morais e físicos de sanções aos transgressores de suas ordens e regras, a mídia pode limitar (ou até mesmo privar) a publicidade e visibilidade pública dos que não se sujeitam aos seus valores e normas, de forma a originar uma semi-inexistência social² que preserva e perpetua iniquidades e vitimiza os segmentos mais vulneráveis no contexto de uma sociedade mediatizada.

Assim sendo, entende-se que uma veiculação crítica dos assuntos de saúde promove sua visibilidade pública, que faz-se determinante na construção e manutenção do lugar de fala dos indivíduos no espaço público e no mercado simbólico das práticas e políticas de saúde^{3,4}, bem como na capacidade de pautar os assuntos evidenciados pela mídia no dia-a-dia da população, incitando a discussão política sobre estes.

Em Portugal, o campo da comunicação da saúde é ocupado por especialistas e/ou profissionais da Saúde Pública e da Promoção da Saúde. As instituições associadas à investigação e às políticas públicas nestas áreas têm sido incentivadas a promover a sua produção e a contribuir para a melhoria da literacia da saúde da população portuguesa através da criação de gabinetes de comunicação que divulgam informações sobre saúde, realização de atividades lúdico-educativas, entre outras⁵. Paralelamente, a cobertura midiática dos temas de saúde tem se ampliado, indo ao encontro das expectativas das sociedades portuguesa e brasileira, ambas altamente medicalizadas⁶. O jornalismo de saúde tem lutado para conquistar um lugar nos órgãos de comunicação social e também nas instituições ligadas à saúde, ainda que haja desafios associados à cobertura de notícias deste tema, tais como a definição das agendas dos órgãos de comunicação social e a formação específica dos jornalistas para cobrir notícias desta pauta^{5*}.

Nesse contexto, questões relacionadas à saúde são pautas frequentes e sumamente valorizadas nos jornais diários. Contudo, os espaços ocupados pela temática em destaque são orientados por uma agenda (seja jornalística ou dos comunicadores institucionais) cujos atributos valorativos, cogita-se, não contemplam os interesses e as necessidades sociais da questão. Pelo contrário, a agenda da comunicação midiática da saúde parece definir-se, principalmente, a partir da divulgação do desenvolvimento da investigação biomédica e farmacêutica e aspectos ligados à governação da saúde ao nível nacional.

Decerto, tais interesses são, muitas vezes, legitimados pela saúde pública e atores circundantes, uma vez que o Sistema Nacional de Saúde português (SNS) tem estado tencionado, desde o seu surgimento, em 1979, por interesses contraditórios e instáveis, entre um polo mercantilista - no qual a saúde é entendida como mercadoria e

* Para maiores informações sobre as diferentes perspectivas da conformação do campo da Comunicação e Saúde, no Brasil e em Portugal, ver Araújo e Cardoso (2007); Ruão et al (2012); Lopes et al (2013) e Nunes et al. (2014).

sujeita às regras de mercado- e outro centrado no bem comum, no interesse público e que considera as doenças como questões socialmente determinadas ⁷.

Nesse sentido, as *Doenças Midiaticamente Negligenciadas*⁸ se definiriam como sentidos e temáticas de subexposição, apesar de sua potencial relevância nos rumos de uma sociedade que carece de informações para as decisões políticas mais substantivas.

Essa discussão, no contexto brasileiro e dos demais países que sofrem com doenças endêmicas, tem como base o entendimento de “negligência” inspirado pelo conceito de “Doenças Negligenciadas” (DN). Proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS)/ Médicos Sem Fronteiras (MSF)⁹, as DN colocam em pauta a questão da negligência pública (política, econômica e social) ligada a tais mazelas, tradicionalmente associadas à situação de pobreza, às iniquidades em saúde e aos “países em vias de desenvolvimento”. Entende-se, assim, que a condição de visibilidade pública dessas doenças, bem como de outros problemas de saúde relacionados às iniquidades sociais, poderia proporcionar a inclusão dessas questões no debate de prioridades políticas e em pesquisas, norteadas pelas agendas governamentais ^{3,8}.

No cenário lusitano, esta pesquisa foi discutida inicialmente no seio de projetos de investigação coordenados pelo Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra (CES), que se dedicavam às relações entre a Ciência e a Sociedade¹⁰. Procurou-se analisar a pertinência e o enquadramento desta categoria no contexto da comunicação e saúde em Portugal, sabendo antecipadamente que se centra em uma cobertura mais conjuntural das políticas públicas de saúde^{11,12} e não priorizando a divulgação midiática de doenças. O sentido de negligência aplica-se, neste contexto, ao descuro de temas de saúde importantes, não restrito ao escopo das doenças, embora centrais a determinados públicos e à Saúde Coletiva.

Desta maneira, este estudo objetiva realizar uma análise sobre a divulgação midiática da saúde em Portugal, a fim de problematizar as questões da cobertura e invisibilidade dos temas de saúde de maneira a apontar os Temas Midiaticamente Negligenciados.

METODOLOGIA

O presente estudo de caso analisou a cobertura de saúde do Jornal *Público*, no período de 01 de maio de 2013 a 31 de julho de 2013, relacionando-a ao contexto epidemiológico de saúde em Portugal – identificado a partir de documentos oficiais – e à compreensão de atores-chave a respeito da divulgação midiática da saúde no país. O período de estudo e a amostra foram selecionados pelos pesquisadores a partir do início da parceria interinstitucional (estágio doutoral de uma das pesquisadoras) e do acesso ao acervo do periódico selecionado, respeitando os critérios de representatividade e repetição temática. Além disso, foi considerado o período de lançamento e abrangência dos documentos selecionados para análise^{13,14}, bem como a identificação de sujeitos que tiveram relevância na divulgação midiática de temas de saúde no período.

Segundo Tobar e Yalour (2001)¹⁵, o estudo de caso representa um tipo de pesquisa circunscrito a poucas unidades de análise, cuja riqueza não se encontra em sua extensão, mas no aprofundamento analítico e nas inferências derivadas de suas questões. Face ao exposto, a proposta metodológica assume a relevância de se considerar diferentes perspectivas das prioridades de saúde da população (epidemiológicas e percepções dos sujeitos), valendo-se dessa multiplicidade de aportes empíricos e interpretativos que se tornam complementares e enriquecedores no contexto do estudo.

Dessa maneira, lançamos mão da triangulação de métodos para análise do objeto, uma vez que pesquisas em áreas de interface suscitam abordagens que permitam o diálogo entre áreas distintas e interdisciplinares e estratégias de investigação que combinem métodos e técnicas ao analisar a realidade por diversos ângulos¹⁶. O uso da triangulação promoveu a combinação de múltiplas estratégias metodológicas, capazes de apreender as dimensões qualitativas – inspiradas na tradição interpretativa das ciências sociais, com o objetivo de compreender o problema de pesquisa a partir dos pontos de vista dos participantes – e quantitativas do objeto, no que diz respeito às análises do contexto de saúde via indicadores epidemiológicos e das frequências das temáticas dos jornais.

1. Análise Midiática

O Jornal *Público* foi fundado em 1990 e representa um dos cinco jornais portugueses mais importantes, sendo uma mídia de referência no campo da imprensa escrita com uma tiragem de 45.041 exemplares no terceiro bimestre de 2013¹⁷.

Procedimentos: Entre maio e julho de 2013, foram compiladas todas as matérias referentes às questões de saúde - como pauta principal ou derivada. Não foram incluídas as matérias sobre doenças e agravos em contexto considerado irrelevante para este estudo (propagandas, promoção de eventos privados, palavras sinônimas, referências a concursos, etc.). O material foi coletado em formato impresso e digital (PDFs acessados no site do jornal) e as notícias impressas foram catalogadas em um banco de dados. Os arquivos em PDF foram organizados no software MAXQDA (versão 11.0.8), para facilitar a conexão dos textos e demais informações relevantes à pesquisa (notas, transcrições, referências bibliográficas, diário de campo), como uma “base de dados interna”¹⁸. Todo o material foi classificado segundo seus temas e período de publicação. Para calcular frequências absolutas e relativas das temáticas foi usado o pacote estatístico SPSS 16.0. Os temas foram hierarquizados em ordem decrescente, de acordo com a frequência de veiculação no jornal, no período de estudo.

2. Análise do contexto epidemiológico das prioridades em saúde

Para caracterizar o contexto epidemiológico do país no período, foram considerados os dados oficiais divulgados no “Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2016”¹³ e no “Relatório de Primavera 2013”¹⁴ organizado pelo Observatório Português dos Sistemas de Saúde. O PNS propõe caracterizar o estado de saúde da população, contribuindo para a identificação de avanços potenciais nesse campo¹³. Já o Relatório de Primavera apresenta uma análise, de forma independente e frequentemente crítica, da evolução do sistema de saúde português e os fatores que a determinam. Para tanto, utiliza como base não somente os indicadores usuais, mas também estudos internacionais, trabalhos de investigação e resultados de inquéritos da Escola Nacional de Saúde Pública, compondo, assim, uma leitura crítica da situação de saúde do país¹⁴.

Procedimentos: Os documentos foram analisados na íntegra pelos pesquisadores e foram extraídas as principais informações concernentes ao contexto epidemiológico de Portugal no período de estudo, tais como: principais causas de mortalidade e morbidade, acesso aos serviços de saúde, cobertura de vacinação, bem como características do contexto de crise econômica e suas influências na saúde.

3. Entrevistas com atores-chave: perspectivas da divulgação midiática da saúde

Foram conduzidas entrevistas em profundidade com três sujeitos relacionados à divulgação midiática da saúde em Portugal em diferentes perspectivas, consideradas

representativas e complementares no que diz respeito aos interesses da saúde: um representante da Associação Portuguesa de Hemocromatose (**Associação de pacientes**), um profissional do Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT) (**Comunicação e Saúde**) e um jornalista que cobre a pauta de saúde em um importante jornal português (**Mídia**). Dessa maneira, os principais temas de saúde veiculados foram identificados, bem como as temáticas desconsideradas sob a perspectiva desses atores.

Procedimentos: As entrevistas semiestruturadas foram orientadas por um roteiro com seis perguntas relacionadas à divulgação midiática e sua relação com o contexto luso de saúde. As entrevistas foram transcritas com uso do Software F4 e analisadas através do MAXQDA (versão 11.0.8). Foi empregada a Análise Temática de Conteúdo, técnica que visa identificar os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença e frequência podem sugerir alguma relevância transcendente para o objeto analítico em questão¹⁹, neste caso, no que diz respeito às evidências e negligências midiáticas.

A pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (CAAE 20693413.2.0000.5240) e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Através da análise comparativa do material empírico (matérias de jornal, dados epidemiológicos e entrevistas) foram identificados os temas de saúde mais recorrentes, bem como os que, apesar de sua alta relevância, apresentaram baixa cobertura - os Temas Midiaticamente Negligenciados no contexto de saúde português.

Relativamente ao ponto um, foram identificadas 154 matérias relacionadas à saúde no Jornal *Público* no período de estudo. Apenas 21,2% das matérias apresentaram destaque na primeira página. Porém, a maioria destas apresentava-se em páginas inteiras (36,5%), o que parece denotar abordagens relevantes e aprofundadas. As temáticas de saúde mais frequentes nos meses de estudo são representadas na **tabela 1**.

Tabela 1: Temáticas de saúde veiculadas no Jornal *Público* no período de 01 de maio de 2013 a 31 de julho de 2013

Temáticas específica	N	(%)
Medicamentos e Indústria Farmacêutica	18	11,7%
Administração do Sistema Nacional de Saúde	15	9,7%
Questões trabalhistas dos profissionais de saúde	13	8,4%
Câncer (Cancro)	12	7,8%
Denúncias em saúde	8	5,2%
Biologia, Biotecnologia e Neurociências	8	5,2%
Alimentação	7	4,5%
HIV/Aids	7	4,5%
Consumo/dependência de tabaco, jogos, álcool e outras drogas	6	3,9%
Saúde materno-infantil	6	3,9%
Mercado/economia da saúde	5	3,2%
Saúde Mental	5	3,2%
<i>Outras Temáticas</i>	44	28,6%
Total	154	

2. Contexto epidemiológico das prioridades em saúde - PNS e Relatório de Primavera

A análise desses documentos permitiu conhecer melhor os contextos de saúde e socioeconômico de Portugal, muito importantes no entendimento das necessidades sociais, as quais conformam o “interesse público” de uma maneira geral e que deveriam ser levadas em consideração nos critérios de noticiabilidade midiáticos, além dos tradicionais “valores-notícia”²⁰.

Atualmente, segundo o PNS, a população continental de Portugal é de 10.047.083 habitantes, contudo, verifica-se um decréscimo do índice sintético de fecundidade, o que não permite a renovação de gerações¹³, com consequências diretas nas demandas dos serviços de saúde. O documento assinala o aumento da mortalidade

prematura por doenças atribuíveis ao álcool e por suicídio, que podem estar relacionadas ao contexto perverso de crise econômica no país. Sobre o acesso a serviços de saúde, cita dados do Censo de 2006 que afirma que 81,1% da população utilizava o Sistema Nacional de Saúde. Apenas 10,5% da população continental declarou possuir Seguro de Saúde. Já o Programa Nacional de Vacinação, de caráter universal e gratuito, ultrapassa a cobertura de 95% da população, sendo o programa governamental com melhor custo-efetividade do país.

A mortalidade e morbidade por doenças infecciosas tem tido um decréscimo significativo, a partir da implementação do Programa Nacional de Vacinação. Porém, a incidência de Tuberculose (23,4 por 100 000 habitantes) e infecção por HIV (9/100 000 habitantes) em Portugal é ainda muito elevada se comparada com a média dos cinco países da União Europeia com melhores desempenhos nesse campo. Destaca como *principais causas de mortalidade*, para ambos os sexos: doenças circulatórias (32%); tumores malignos (23%) e Doenças respiratórias (11,1%). Entre os homens, destacam-se os acidentes, envenenamentos e violência e, entre as mulheres, diabetes mellitus. Outro dado relevante informado é que os problemas de saúde mental representam doenças com mortalidade baixa e taxas de incidência elevadas, o que suscita atenção na definição política de áreas prioritárias.

A síntese apresentada pelo Relatório de Primavera 2013 alinha-se a tais resultados, reiterando que, para analisar a saúde em Portugal, deve-se, necessariamente, considerar o contexto de crise econômica em que o país e a Europa encontram-se mergulhados. Por um lado, percebem-se indicadores que demonstram resiliência de alguns setores, como por exemplo, as demonstrações de criatividade e solidariedade para além da ação do Estado e, por outro, vários outros setores apresentam sinais de exaustão, resignação e desmotivação, com claras repercussões na disponibilidade de cuidados ¹⁴.

Tal documento apresenta algumas características deste contexto de crise no país: taxa de desemprego maior entre os mais jovens (16,9%); recessão de 3,2% do PIB; famílias que não conseguem pagar o empréstimo da casa, devolvem-na ao banco e regressam a casa dos pais; aumento do número de crianças com carência alimentar. Denuncia, ainda, que foram feitos mais cortes que o previsto no repasse para o financiamento do Sistema Nacional de Saúde (SNS). O OPSS questiona, portanto, as razões dos cortes, que ultrapassam os valores negociados para o resgate financeiro do

país com a entidade conhecida como Troika – Banco Central Europeu, Fundo Monetário Internacional e União Europeia -neste setor que funciona como uma espécie de estabilizador social automático.

3. Entrevistas com informantes-chave

Após a pré-análise e leitura flutuante de todo o material empírico, foram realizadas a codificação e categorização das entrevistas, dando origem a cinco categorias analíticas, representadas abaixo (Quadro 1).

Quadro 1- Categorias analíticas baseadas na Análise de Conteúdo das entrevistas, Portugal -2013.
Temas recorrentes Invisibilidade das doenças Necessidade X Recorrência Negligência Midiática: temas relevantes invisíveis Temas Midiaticamente Evidenciados

Temas recorrentes, invisibilidade das doenças, necessidade x recorrência.

Em relação às doenças mais recorrentes na mídia, foram destacadas pelos entrevistados as de alta prevalência, alta morbidade e mortalidade na população portuguesa, as quais contam com associações de doentes ativas, como a diabetes, hipertensão arterial, câncer e doenças cardíacas. A Aids ainda possui alguma relevância midiática e as infecções respiratórias começam a aparecer.

Ao fazer uma triangulação dos resultados do estudo, percebe-se que as principais temáticas abordadas na mídia lusa - analisadas tanto pelo levantamento documental quanto a partir da percepção dos sujeitos entrevistados - coincidiram consideravelmente com as principais causas de mortalidade prematura (AVPP)* (Quadro 2).

Quadro 2 – Triangulação dos resultados: temas recorrentes de saúde no Público em comparação com as dez principais causas de Mortalidade Prematura e as percepções dos atores-chave sobre temas recorrentes na mídia.

Temas mais recorrentes (Jornal Público)	Principais causas de mortalidade prematura: AVPP	Temas mais recorrentes (atores-chave)
Medicamentos e Indústria Farmacêutica	Tumores malignos	Políticas de medicamentos
Administração do Sistema Nacional de Saúde	Causas externas	Políticas de Saúde
Questões trabalhistas dos profissionais de saúde	Causas indeterminadas	Economia da Saúde
Cancros	Doenças do aparelho circulatório	Cancros
Denúncias em saúde	Tumores malignos do aparelho digestivo e peritoneu	Doenças cardiovasculares
Biologia, Biotecnologia e Neurociências	Tumores malignos do aparelho respiratório e dos órgãos intratorácicos	Doenças respiratórias
Alimentação	Doenças atribuíveis ao álcool	Diabetes
HIV/Aids	Doenças do aparelho digestivo	HIV/Aids
Consumo/dependência de tabaco, jogos, álcool e outras drogas	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	Hipertensão arterial
Saúde materno-infantil	Acidentes de transportes;	

* Temas recorrentes de saúde veiculados no jornal *Público* em comparação com as dez principais causas de Mortalidade Prematura: medidas pelos Anos de Vida Potenciais Perdidos (AVPP/100000 habitantes) em Portugal Continental, 2010 e os temas de saúde recorrentes na mídia de acordo com a percepção dos atores-chave entrevistados.

** **AVPP:** O indicador **Anos de Vida Potenciais Perdidos** quantifica o número de anos de vida não vividos quando a morte ocorre em determinada idade abaixo da qual se considera a morte prematura.

Pode-se, assim, observar que, quanto maior a patologização da doença, maior a mediatização da mesma. Entretanto, sabe-se que a relevância epidemiológica nem sempre é determinante nesse processo, uma vez que a mediatização também é altamente influenciada pelo grau de politização e institucionalização da questão de saúde e pelos os atores porta-vozes da questão. Tais “lançadores de alerta”²¹ ou “News promoters” tornam-se nucleares nesse processo, por representarem fontes ativas ou grupos de interesses mobilizados para influenciar a pauta jornalística, os quais fazem surgir no espaço público determinados assuntos, por exemplo, no caso o protagonismo de associações de pacientes, celebridades ou autoridades ou lançamento de políticas públicas.

Porém, de acordo com a percepção da jornalista entrevistada, os temas de saúde mais recorrentes na mídia portuguesa não dizem respeito às doenças propriamente ditas, mas, sim, às políticas de saúde, à economia da saúde e às políticas de medicamentos. Inclusive, questiona se seria função de um jornal diário falar sobre doenças, como se percebe no trecho abaixo:

X: “Por que...pra já somos poucos... a fazer saúde e...eu acho que é [...] absolutamente impossível cobrir toda a gama de doenças...quer dizer, escolher uma em detrimento de outra...nós somos inundados com e-mails de agências que propõem extratos de uma doença. Se calhar eu acho que não cabe muito a um jornal diário estar a fazer um trabalho de falar de doenças só por falar, a não ser que a doença seja notícia, por alguma circunstância específica”.

A informação prestada pela jornalista confirma-se na prevalência desses temas na análise midiática (tabela 1). Sendo assim, observa-se, em Portugal, a priorização de coberturas conjunturais e de políticas públicas do país em contraposição à divulgação e discussão das doenças^{12,22}. Quando abordadas, as doenças mais mediatizadas nos anos de 2010 a 2013, segundo Lopes et al.(2013)¹¹, foram os tumores, doenças mentais, transplantes, AIDS e gripe.

No país, de acordo com os entrevistados, as doenças infecciosas, as doenças raras ou as doenças negligenciadas (DN) só aparecem quando agregam elementos de noticiabilidade usuais à Indústria Jornalística, como quando surgem surtos, epidemias, alguma inovação da Indústria farmacêutica ou adoecimento de celebridades. Percebe-se que a gripe A (H1N1) obteve uma hipermediatização devida à pandemia do ano de 2009¹¹, enquanto a dengue recebeu uma cobertura noticiosa com conotação alarmante

em 2012, em razão dos casos notificados da doença no território português da Ilha da Madeira ²³.

O profissional do IHMT reafirma essa observação, ao comparar o atual papel que desempenha na divulgação das DNs com a função que exercia no Ministério da Saúde, junto à equipe de elaboração do Plano Nacional de Saúde:

Y: “[...] No MS eu estava no Alto Comissariado da Saúde, que era o organismo responsável pelo PNS, e esse plano privilegiava determinadas doenças que eram consideradas prioritárias (...) como o cancro, as Doenças Cardiovasculares, SIDA e a Patologia na área da saúde mental (...) Então é o oposto do que estamos a falar aqui...são as doenças que têm mais visibilidade midiática, são as doenças mais fáceis de comunicar, são aquelas que basicamente eu não precisava ter sequer uma atitude muito pró-ativa com os jornalistas, por que os jornalistas telefonavam para perguntar qual era o panorama nacional dessas doenças.”

Dessa maneira, percebe-se que a divulgação de doenças pela mídia portuguesa tangencia o entendimento de necessidades de saúde da população = patologias de alta prevalência = recorrência na mídia, teoricamente, o que seria de *interesse público*.

Em linhas gerais, de acordo com Silva (2011)¹², privilegiam-se os mesmos “valores-notícia” referentes aos outros temas da agenda noticiosa, a saber: a negatividade, a controvérsia, o conflito, a proximidade, a novidade e a dramatização, a par da relevância atribuída especificamente a alguns atores com significativa capacidade de agendamento pelo estatuto social e político que os detêm.

Porém, o “interesse público” pode ser visto como uma categoria socialmente determinada ou prescrita? No caso do “problema público”, no sentido de interesse geral, considera-se o que se avalia essencial para uma sociedade²¹. Essa avaliação, no entanto, é feita a partir de determinado prisma, um lugar de interlocução no Mercado Simbólico^{4,24} da comunicação, que não necessariamente corresponde à realidade da sociedade como um todo. Considerar o contexto em que os sujeitos estão inseridos para se caracterizar os sentidos de necessidades faz-se essencial na determinação do “interesse público”, no que diz respeito à Comunicação e Saúde.

A realidade que não cabe no jornal

Contudo, existe uma “realidade que não cabe no jornal”, conforme defende Guimarães (2014)²⁵. Há, segundo a autora, uma “verdadeira arquitetura de valores e hierarquias que são ideologicamente naturalizados e travestidos de interesse público”, e,

nesse sentido, a mídia é muito bem sucedida em turvar o que seria de *interesse público* de acordo com o que supõe (ou prescreve?) como *interesse de alguns públicos*.

Entende-se a produção noticiosa através do prisma da teoria do *Newsmaking*, que articula o entendimento da cultura profissional dos jornalistas e da organização do trabalho e dos processos produtivos²⁰. Porém, não se pode descurar de que há uma série de interesses políticos, econômicos e sociais que, balizados pelo conjunto de critérios de noticiabilidade, acatam a lógica jornalística implicada no Mercado da Atenção, frequentemente desarticulada das necessidades de saúde das populações mais vulneráveis⁸.

Então, faz-se extremamente importante questionar: há problemas invisíveis? Há temas relevantes, porém midiaticamente negligenciados?

De acordo com as entrevistas, doenças transmissíveis são exemplos de temas negligenciados pela mídia. A Saúde Mental também foi qualificada como “esquecida”, apesar de representar expressiva morbidade. Registra-se, nesse campo, mortalidade baixa, embora seja alta a prevalência dessas condições¹³ e o suicídio tenha sido percebido como condição subnoticiada. No caso da Tuberculose, ressalta-se o aumento da incidência devido à coinfeção com o HIV, mas não se observa visibilidade midiática à altura do problema, por conta da insuficiente priorização política e de grandes inovações da indústria farmacêutica, que despertem interesse na sua divulgação, o que também já foi suficientemente descrito por outros autores.^{26,27}

Além disso, o estigma associado a tais doenças inibem o protagonismo de alguns sujeitos em prol de suas causas, evitando a exposição nos meios de comunicação, como se vê a seguir:

Z: “Eu penso que deveria ser dado muito maior ênfase às doenças transmissíveis, por exemplo, o problema da hepatite B, do HIV, da Tuberculose que acaba por se instalar com mais facilidade agora, em virtude dessas doenças, mas acabam por ser estigmatizantes e que não se fala muito e, portanto, não há muita gente que assuma as bandeiras dessas doenças para tratar delas.”

Acredita-se, então, que, assim como a visibilidade pode colaborar para o reconhecimento de necessidades de saúde, a invisibilidade pode levar à negligência³. Para além da tradicional – e talvez hipervalorizada – função de disseminação de informações relevantes em saúde, a comunicação também é reconhecida como uma estratégia-chave para manter questões relevantes de saúde na agenda pública²⁸.

Nesse sentido, acredita-se haver uma relação cíclica entre a cobertura e o enquadramento dos assuntos de saúde na mídia e a proeminência ou obscurantismo desses assuntos no cenário mundial: o ativismo e “advocacy” injetados em diferentes níveis deste ciclo podem influenciar tanto o investimento em novas iniciativas quanto a cobertura midiática a respeito dessas questões de saúde²⁹.

Porém, cabe também observar que os temas considerados negligenciados nem sempre coincidem com indicadores de prevalência, mortalidade ou prioridades políticas em saúde, justamente por não afetar grandes quantitativos da população local. As DNs, por exemplo, são prevalentes em condições de pobreza, afetam indivíduos de países em desenvolvimento, tropicais, ou até mesmo os imigrantes em Portugal³⁰, mas não provocam interesse midiático por não ter perfil de “preocupação nacional”. Sendo assim, a divulgação das DNs também representa um desafio para os comunicadores no país, como se vê a seguir:

Y: “Então é um trabalho muito mais difícil, muito mais ingrato...que é tentar que os jornalistas se interessem por um conjunto de doenças que a partida eles não em muita razão para se interessar, por que eles escrevem coisas que afetam diretamente a população portuguesa”.

As doenças raras, de maneira semelhante, não despertam grandes interesses midiáticos, mas para as associações de pacientes e para os indivíduos acometidos, a visibilização de suas pautas torna-se essencial para maior conhecimento e interesse da sociedade e por parte do Governo. A Hemocromatose é uma doença rara (5 a 10 por cada mil pessoas podem ser portadoras do gene da doença³¹) provocada por distúrbios do metabolismo do ferro, que se acumula principalmente no fígado, coração, pâncreas, pele e articulações, podendo ocasionar insuficiência funcional³². Tal patologia agrega não só a negligência midiática, como também outros espectros de negligência política, econômica e até mesmo médica, que, ao ignorar seu diagnóstico diferencial, a torna uma enfermidade subdiagnosticada subtratada na sociedade.

Entretanto, o protagonismo de um ex-atleta olímpico portador da doença foi extremamente relevante para a divulgação da doença nos media, conforme observa o entrevistado:

Z: “É completamente negligenciada, nós temos exemplos e somos vítimas dessa negligência porque temos muita dificuldade nos acessos aos programas, por exemplo aqueles que são ouvidos e vistos por muito gente(...) O Antônio Leitão era

nossa bandeira em termos de divulgação (...) Depois dele... ele morreu há dois anos e portanto, não é fácil ter essa bandeira outra vez.”

Reitera-se, assim, o poder simbólico da mídia de “fazer crer e fazer ver”^{24,33}, o qual possibilitaria protagonismos e visibilização de pautas de saúde não hegemônicas, porém essenciais para determinadas populações. Os “lançadores de alerta” exercem tal protagonismo, como por exemplo, o programa Telethon, na França, que uma vez por ano gera visibilidade para doenças raras e, a partir do ativismo voltado para os pacientes portadores e suas dificuldades diárias, põem em evidência as vozes dos doentes e pautam seus problemas no debate público³⁴.

Outra questão relevante são as enfermidades e consequências sociais provocadas pelo empobrecimento e precarizações de vínculos sociais e de trabalho advindos da crise econômica que afeta o país. Tal discussão, muitas vezes, é apagada das pautas de governo e da mídia, representando claramente uma questão midiaticamente negligenciada.

Segundo OPSS (2013)¹⁴ tal contexto de crise gera uma diminuição no acesso aos cuidados e de gastos com medicamentos, devido ao empobrecimento dos portugueses, ao aumento das taxas moderadoras, às dificuldades com transportes e à evolução dos tempos de espera. Tais questões não deveriam ser descuradas pela mídia na discussão pública da saúde, pois, assim como a visibilidade exalta problemas de saúde, a invisibilidade pode levar à negligência dos mesmos, ao enfraquecer o apelo político e os protagonismos que ela conduz³.

Certas características do campo jornalístico fomentam esse descuro, como sua tendência a privilegiar o aspecto mais visível do mundo social em detrimento das estruturas e dos mecanismos invisíveis que orientam suas ações e pensamentos. As expectativas do público, a obsessão pelo furo jornalístico e a tendência a privilegiar sem discussão a informação mais recente e de acesso mais fácil são invocadas para justificar essa política de simplificação demagógica, frequentemente a mais cínica¹.

Nesse contexto, a ausência de interesses pelas mudanças sociais mais complexas redobram os efeitos da amnésia estrutural favorecida pela lógica do pensamento do dia-a-dia, que produz uma representação instanteísta e descontínuista do mundo. Desarticulada do sistema de relações em que está inserida, a representação (ou sua ausência) midiática de temas relevantes- como a saúde - torna-se des-historicizada e

des-historicizante, produzindo uma representação fatalista e favorável à manutenção da ordem estabelecida¹.

Temas Midiaticamente Evidenciados

Contudo, é importante considerar que, da mesma maneira que existem temas relevantes invisibilizados midiaticamente, há questões de saúde com extrema veiculação sem correspondente relevância social – temas midiaticamente evidenciados. Questões muitas vezes banais, porém infladas pelos media em razão de suas características excêntricas, inéditas ou com destaque no mundo artístico, por exemplo. Outras vezes até são patologias graves, que só recebem atenção graças ao acesso dos personagens à mídia. Dessa maneira, expressa-se, assim como defende Turcke (2010)³⁵, a inversão da lógica que baliza a noticiabilidade – de “ser comunicado, porque importante” – para “Importante, porque comunicado”.

Tal perversão da lógica da notícia vigora no contexto da *sociedade excitada*³⁵, na qual tudo o que não está em condições de causar uma sensação tende a submergir sob um fluxo caudaloso de informações. Não se deve esquecer, porém, que nenhum sistema de notícias moderno existiria sem tal “perversão”³⁵, uma vez que rotular como importante aquilo que divulga compõe a lógica do Mercado da Atenção. Entretanto, acreditamos que a hipervalorização da divulgação de temáticas irrelevantes (ou até mesmo fúteis) em saúde acentua, em sentido contrário, o silenciamento midiático acerca de preocupações relevantes (mesmo que desinteressantes aos media). Tais temáticas alimentam a procrastinação dos problemas, o enfraquecimento das pautas dos movimentos sociais, bem como a alienação dos cidadãos sobre seus direitos constitucionalmente garantidos. Assim, a inquietude em relação a tal negligenciamento relaciona-se, sobretudo, na iniquidade de não tornar visível, quando trata-se de uma função acessível e relevante⁸.

É interessante notar que a imprensa considerada de referência em Portugal não vincula com frequência matérias sobre beleza e estética às matérias sobre saúde, conforme observado no levantamento das notícias e também ressaltado pelos entrevistados (“Apenas na imprensa cor-de-rosa”, adverte uma entrevistada). Na contramão dessa tendência, a exacerbada valorização estética, que captura frequente evidência midiática nos mais diversos veículos, parece uma peculiar valorização simbólica no Brasil talvez apenas a questões de mercado^{36, 37,38,39}.

Vale ressaltar que um dos papéis da midiatização é despertar a atenção dos poderes públicos. Quando as pautas são colocadas nos espaços públicos e atingem certo nível de cobertura midiática, elas começam a atrair a atenção. A judicialização e o trabalho das associações de pacientes podem representar alavancas importantes nesse processo, bem como os “lançadores de alertas”⁴⁰.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados apresentados é possível afirmar que os temas ligados à saúde mais recorrentes na mídia impressa portuguesa não se referem às doenças propriamente ditas, mas às políticas e à economia da saúde e medicamentos. Ao contrário do que é usual no Brasil, os produtores de material noticioso questionam a implicação do *ethos* jornalístico na divulgação de doenças. O campo jornalístico impresso português se define melhor na cobertura conjuntural de políticas públicas ligadas à discussão das condições econômico-políticas de resolutividade das doenças. No caso das Doenças Negligenciadas (DN), o tema apenas se revela ao agregar típicos elementos de noticiabilidade da Indústria Jornalística (surtos, epidemias, alguma inovação da Indústria farmacêutica ou adoecimento de celebridades), enquanto patologias transmissíveis, como as hepatites e a tuberculose, ou até mesmo a saúde mental e suicídio não possuem expressão midiática e protagonismo social, contando com raros “lançadores de alertas”, por serem estigmatizantes e, cogita-se, política e midiaticamente “desinteressantes” quando não alinhados a interesses mercadológicos.

É importante perceber, sobretudo ao se traçar um paralelo com a conjuntura nacional, que a divulgação de saúde/doenças se relaciona com a percepção de necessidades de saúde da população. No entanto, sabe-se da “realidade que não cabe no jornal” ligada à arquitetura de valores e hierarquias ideologicamente naturalizadas e travestidas de interesse público. Dessa maneira, revelaram-se como Temas Midiaticamente Negligenciados no contexto lusitano as doenças transmissíveis, como as hepatites e a tuberculose, questões relacionadas à saúde mental e ao suicídio, as enfermidades e consequências sociais da crise econômica que assola o país e, a partir da percepção dos comunicadores entrevistados, as Doenças Negligenciadas, a hemocromatose e demais doenças raras.

Em Portugal, a veiculação midiática dos temas da saúde e da doença torna-se cada vez mais inextricáveis do engajamento com a biomedicina, as suas formas de conhecimentos hegemônicos, práticas, instituições e profissionais. Paralelo a isso, o estudo destaca como Temas Midiaticamente Evidenciados as mazelas relacionadas às celebridades, exaustiva e desnecessariamente exploradas pelos veículos de comunicação. Já as questões estéticas, ao contrário do Brasil, não recebem muita atenção dos periódicos lusos.

É certo que a escolha metodológica configura uma dentre diversas outras possibilidades de se analisar a negligência midiática. Pequenas mudanças de foco exporiam diversas outras demandas que “entrariam em cena”. Como possibilidade de futuros desdobramentos da pesquisa, almeja-se uma compreensão mais ampliada do processo de invisibilização e produção das ausências na cobertura midiática da saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bourdieu P. *Sobre a televisão*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1997.
2. Rodrigues AD. *O campo dos media: discursividade, narratividade, máquinas*. Lisboa: Vega; 1988.
3. Araújo IS, Moreira AL, Aguiar R. Doenças negligenciadas, comunicação negligenciada. Apontamentos para uma pauta política e de pesquisa. RECIIS- R. Eletr.de Com. Inf. Inov. Saúde 2013; 6 (4/supl.).
4. Araújo IS. Mercado Simbólico: um modelo de comunicação para políticas públicas. *Interface (Botucatu)* 2004; 8(14): 165-178.
5. Azevedo APM. Jornalismo de saúde: novos rumos, novas literacias. *Comunicação e Sociedade* 2012, número especial: 185-197.
6. Ruão T, Lopes F, Marinho S. Comunicação e saúde, dois campos em interseção. *Comunicação e sociedade* 2012, número especial: 5-7.
7. Ramos V. Serviço Nacional de Saúde: patrimônio de todos. Primeiro Congresso após 34 anos de vida. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 2013, 31(2): 127-128.
8. Cavaca AG, Vasconcellos-Silva PR. O Mercado da atenção e as doenças midiaticamente negligenciadas. *Rev. bras. pesqui. Saúde* 2013; 15 (4): 4-5.
9. Morel CM. Inovação em saúde e doenças negligenciadas. *Cad. Saúde Pública* 2006; 22 (8): 1522-1523.

10. Nunes et al. 2014. *Novos envolvimento da Ciência com a Sociedade: as oficinas de Ciência na intersecção das Ciências da Vida, as Ciências Sociais e os seus públicos*. Relatório de pesquisa. Coimbra/Porto: Centro de Estudos Sociais/Instituto de Biologia Molecular e Celular – Instituto Nacional de Engenharia Biomédica.
11. Lopes F, Marinho S, Fernandes L, Araújo R, Gomes S. A saúde em notícia na imprensa portuguesa entre setembro de 2010 e junho 2013. In: Lopes F, Ruão T, Marinho S, Coelho ZP, Fernandes L, Araújo R, Gomes S, organizadores. *A saúde em notícia: repensando práticas de comunicação*. Braga: CESC; 2013. p.56-79.
12. Silva PA. *A saúde nos media: representações do sistema de saúde e das políticas públicas na imprensa escrita portuguesa*. Lisboa: Editora Mundos Sociais; 2011.
13. Portugal. *Plano Nacional de Saúde 2012-2016: perfil de saúde em Portugal*. Lisboa; 2013.
14. Observatório Português dos Sistemas de Saúde-OPSS. *Relatório de Primavera 2013: duas faces da saúde*. Coimbra: Mar da palavra; 2013.
15. Tobar F, Yalour MR. *Como fazer teses em saúde pública: conselhos e ideias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2001.
16. Minayo MCS, Assis SG, Edinilsa RS. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005, 244p.
17. Associação Portuguesa para Controlo de Tiragem e Circulação-APCT. Análise simples 2013. Acessado em: 22 de maio de 2014. Disponível em: http://www.apct.pt/Analise_simples.php.
18. Lewins A, Silver C. *Using software in qualitative research: a step-by-step guide*. London: SAGE publications Ltd; 2007.
19. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Portugal: Edições 70; 2009.
20. Wolf M. Teorias da Comunicação. 5 ed. Lisboa: Editorial Presença; 1999.
21. Romeyer H, Moktefi A. Pour une approche interdisciplinaire de la prévention. *Revue Communication et Langages* 2013, 176: 33-47.
22. Lopes F, Ruão T, Marinho S, Araújo R. A saúde em notícia entre 2008 a 2012: retratos do que a imprensa portuguesa mostrou. *Comunicação e sociedade* 2012; número especial: 129-170.

23. Araújo R, Lopes F. The media coverage of dengue in the Portuguese press: Público, Expresso, Jornal de Notícias and Diário de Notícias. Proceedings of IAMCR 2013 Conference; 2013 jun 25-29; Dublin, Ireland; 2013.
24. Araújo IS, Cardoso JM. *Comunicação e Saúde*. 20^a ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2007.
25. Guimarães C. A realidade que não cabe no jornal. Observatório da imprensa; 2014 abr 29. Acessado em: 22 de maio de 2014. Disponível em: http://www.observatoriodaimprensa.com.br/news/view/_ed796_a_realidade_que_nao_cabe_no_jornal.
26. Medecins Sans Frontieres – MSF. MSF crisis alert: the new face of an old disease: urgent action needed to tackle global drug-resistant TB threat 2014. Acessado em: 22 de maio de 2014. Disponível em: <https://www.msf.org.br/arquivos/Doc/Publicacoes/msf%20crisis%20alert%20dr-tb%20final.pdf>.
27. Yamey G. The world's most neglected diseases. *BMJ* 2002; 325:176-177.
28. Nutbeam D. Health promotion glossary. Geneva: World Health Organization; 1998.
29. Hudacek DL, Kuruvilla S, Kim N, et al. Analyzing media coverage of the Global Fund Disease compared with Lower Funded Diseases (Childhood pneumonia, Diarrhea and Measles). *PLoS ONE*. 2011; 6 (6): 1-9.
30. Ventura FAAN. Perfil das doenças tropicais em Portugal. *Acta médica portuguesa* 1996; 9: 241-245.
31. Associação Portuguesa de Hemocromatose – APH. A hemocromatose. Acessado em: 22 de maio de 2014. Disponível em: <http://www.aphemocromatose.org/Ahemocromatose/tabid/973/Default.aspx>.
32. Cançado RD, Chiattoni CS. Visão atual da hemocromatose hereditária. *Rev Bras Hematol Hemoter*. 2010; 32 (6): 469-475.
33. Bourdieu P. *O poder simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 1989.
34. Romeyer H. *La santé à la télévision: l'émergence d'une question sociale*. Questions de Communication, n.11, 2007. Disponível em: <http://questionsdecommunication.revues.org/7328>. Acesso em: 31 de outubro de 2014.
35. Turke C. *Sociedade excitada: filosofia da sensação*. Campinas: Editora Unicamp; 2010.

36. Serra GMA, Santos EM. Saúde e Mídia na construção da obesidade e do corpo perfeito. *Cienc Saude Colet* 2003; 8 (3): 691-701.
37. Marins BR, Araújo IS, Jacob SC. A propaganda de alimentos: orientação, ou apenas estímulo ao consumo? *Cienc Saude Colet* 2011; 16 (9):3873-3882.
38. Cavaca AG, Gentili V, Zandonade E, Cortellete Júnior M, Emmerich A. A saúde bucal na mídia impressa: análise das matérias jornalísticas nos anos de 2004-2009. *Cienc Saude Colet* 2012; 17 (5): 1333-1345.
39. Ferreira FR. Cirurgias estéticas, discurso médico e saúde. *Cienc Saude Colet* 2011; 16 (5): 2373-2382.
40. Romeyer H. Santé et espace public. In: Romeyer H. (dir.) *Presses de l'EHESP, collection Communication, santé, social*, Rennes, p. 5-11, 2010.

Agradecimentos: À CAPES, pela concessão de bolsa de estudos, no âmbito do Programa Institucional de Bolsas de Doutorado Sanduíche no Exterior – PDSE e ao Programa de Apoio à Pós-graduação – PROAP, do Programa de Pós Graduação em Saúde Pública da ENSP-FIOCRUZ.

AG Cavaca trabalhou em todas as etapas da pesquisa e redação do artigo; PR Vasconcellos-Silva trabalhou na redação e revisão crítica do artigo; P Ferreira e JA Nunes trabalharam na revisão crítica do artigo e aprovação da versão a ser publicada.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A visibilidade midiática na contemporaneidade é entendida como fator peremptório para o agendamento das questões de saúde na pauta pública. A partir dessa premissa, este trabalho buscou identificar e analisar as “Doenças Midiaticamente Negligenciadas”, que representam as mazelas de saúde que não despertam interesse midiático por não atenderem aos critérios hegemônicos do jornalismo (valores-notícia), mas que possuem grande relevância epidemiológica (“valor-saúde”), aqui proposto como critério central ao processo de publicização e midiatização de problemas públicos.

Em relação ao ‘valor-saúde’, conclui-se que, no Espírito Santo, nos anos de 2011 e 2012, as doenças isquêmicas do coração, cerebrovasculares, pneumonia, neoplasias, tuberculose, hanseníase, esquistossomose e dengue tiveram um destacado índice. Além disso, doenças relacionadas às condições socio sanitárias precárias também chamam atenção na composição do ‘valor-saúde’, como a diarreia, a meningite, a coqueluche, a leptospirose e outras doenças infecciosas intestinais. A mortalidade infantil e materna, a sífilis em gestantes, a Aids e a diabetes destacam-se, sobretudo, por serem foco de Políticas Públicas consistentes.

As Doenças Midiaticamente Negligenciadas foram identificadas a partir do cruzamento entre as patologias consideradas prioritárias pelo “valor-saúde”, mas que não obtiveram visibilidade midiática no período. Assim sendo, revelaram-se como DMNs as doenças relacionadas à pobreza, como a tuberculose, a hanseníase, a esquistossomose, a leishmaniose e otracoma. Doenças que apresentaram surtos no período, como a coqueluche e a meningite, além de algumas neoplasias, afecções respiratórias, doenças isquêmicas do coração e cerebrovasculares, e uma gama de enfermidades que apresentam alto número de internações no estado também se mostraram pouco abordadas pela mídia. Entretanto, doenças como dengue, AIDS, hepatites virais, diabetes, pneumonia, infarto, AVE e neoplasias malignas apresentaram uma ampla cobertura no período, fortalecendo a tradição de evidência midiática dessas doenças.

Em Portugal, as doenças propriamente ditas não ocupam os principais lugares na midiática da saúde, mas sim às políticas e à economia da saúde e medicamentos. Assim, o campo jornalístico impresso português se define melhor na cobertura conjuntural de políticas públicas ligadas à discussão das condições político-econômicas

de resolatividade das doenças no que na divulgação de doenças em si. Por esses motivos adotamos a categoria “Temas Midiaticamente Negligenciados” ao invés de “Doenças Midiaticamente Negligenciadas”.

As doenças se revelam principalmente quando agregam elementos típicos de noticiabilidade (surto, epidemias, alguma inovação da Indústria farmacêutica ou adoecimento de celebridades), enquanto patologias transmissíveis, como as hepatites e a tuberculose, ou até mesmo a saúde mental e suicídio não possuem expressão midiática e protagonismo social, contando com raros “lançadores de alertas”, por serem estigmatizantes e, cogita-se, política e midiaticamente “desinteressantes” quando não alinhados aos interesses do Mercado da Atenção.

Importante destacar que os indicadores de alta/baixa noticiabilidade aqui propostos devem ser considerados como representações simbólicas, que buscam significados além de suas conformações literais e quantitativas. Portanto, vislumbrou-se nesse trabalho, uma problematização crítica da divulgação midiática da saúde e das DMNs, evidenciando lacunas no debate público em se tratando de saúde. Tais pesquisas são importantes para darem voz e destacarem essas demandas prementes no ES e em Portugal, mas que não recebem atenção por acometerem indivíduos vulneráveis e marginalizados socialmente.

Sabe-se que a abordagem estritamente epidemiológica mascara diversos problemas de saúde não evidenciados quantitativamente, mas altamente relevante ao se considerar a subjetividade das necessidades de saúde dos sujeitos sociais. Dessa maneira, esse trabalho se complementa com um projeto de pesquisa qualitativo, que analisou as DMNs a partir de entrevistas a atores-chave do processo de divulgação midiática da saúde. Certos de que qualquer abordagem epistemológica e recortes metodológicos necessários ao desenvolvimento da pesquisa obscureceriam partes relevantes da “realidade”, desenvolvemos este trabalho com consciência crítica de suas limitações e incompletudes, mas apostando que a mídia também precisa dessa alimentação e reflexão acadêmica para se iniciar um debate e, quiçá, questionar de alguma maneira sua praxe.

Almeja-se que este estudo contribua para a expansão do conhecimento no campo da Comunicação e Saúde, uma vez que se trata de um campo relativamente novo, com muita potência de desenvolvimento epistemológico. Além disso, esperamos que os resultados obtidos possam atuar tanto como um elemento diagnóstico da divulgação (e

da negligência) das questões de saúde na mídia, quanto uma ferramenta de gestão para a Saúde Pública, visando a aproximação e atuação interdisciplinar do setor saúde com os órgãos de comunicação, de maneira a explorar as potencialidades educativas e informativas dessa relação.

9 REFERÊNCIAS

1. Bourdieu P. *O poder simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 1989.
2. Araújo IS, Cardoso JM. *Comunicação e Saúde*. 20ª ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2007.
3. Law J. *After method: Mess in social research*. London: Routledge; 2004.
4. Sousa JP. *Elementos de teoria e pesquisa da comunicação e dos media*. 2 ed. Revisada e ampliada. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa; 2006.
5. Moraes HJP, Sá JB. *Mídia e educação: reflexões, relatos e atuações* [Internet]. In: Anais do 3o Simpósio sobre Formação de Professores –SIMFOP; 2010; Tubarão, Brasil. Tubarão: Ed. da Unisul, 2010. p. 1-8.
6. Traquina N. *Teorias do jornalismo: porque as notícias são como são*. Florianópolis: Insular, 2004.
7. Gentili V. O futuro do jornalismo: democracia, conhecimento e esclarecimento. In: Christofolletti R., Motta LG. (orgs.). *Observatórios de mídia – olhares da cidadania*. São Paulo: Paulus; 2008.
8. Luiz O C. *Ciência e risco nos jornais diários*. São Paulo: Nablume; São Bernardo do Campo: Cescio; 2006.
9. Wolf M. *Teorias da Comunicação*. 5 ed. Lisboa: Editorial Presença; 1999.
10. Traquina N. *Teorias do Jornalismo: A tribo jornalística – uma comunidade interpretativa transnacional*. 2 ed. Florianópolis: Insular, 2008.
11. Guerra JL. Uma discussão sobre o conceito de valor-notícia. In: Silva, G, Paulo da Silva M, Fernandes, ML (org.). *Crêterios de noticiabilidade: problemas conceituais e aplicações*. Florianópolis: Insular, 2014. p.39-49.
12. Cavaca AG, Gentili V, Zandonade E, Cortellete Júnior M, Emmerich A. A saúde bucal na mídia impressa: análise das matérias jornalísticas nos anos de 2004-2009. *Cienc Saude Colet* 2012; 17 (5): 1333-1345.
13. Campos MATF, Vieira CDD, Mota JAC. A infância sem segredos: a noticiabilidade jornalística do crime de exploração sexual de crianças e adolescentes. *Interface comun. saúde educ* 2009; 13 (30):17-29.
14. Santos JR. *O que é comunicação*. Lisboa: Difusão Cultural; 1992.
15. Gutmann JF. Quadros narrativos pautados pela mídia: framing como segundo nível de agenda-setting? *Contemporânea* 2006; 14 (1): 25-50.

16. Colling L. “Agenda-setting e framing: reafirmando os efeitos limitados”. *Famecos* 2001; 14.
17. ALAIC 2012 – XI Congresso latinoamericano de investigadores de lacomunicación, 21., 2012, Montevideo, Uruguay. Disponível em: <http://alaic2012.comunicacion.edu.uy/content/gt-5-comunicaci%C3%B3n-y-salud>. Acesso em: 30 de setembro de 2012.
18. Xavier C, Noronha AB. *Jornalismo em saúde* – entre o ethos e a mídia: medulla. VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva – ABRASCO; 2003; Brasília. Disponível em: http://encipecom.metodista.br/mediawiki/index.php/Jornalismo_em_sa%C3%B Ade_-_Entre_o_ethos_e_a_m%C3%ADdia:_medulla. Acesso em: 26 de fevereiro de 2015.
19. Rangel-S ML, Guimarães JMM, Belens AJ. Comunicação e Saúde: aproximação ao estado da arte da produção científica no campo da saúde. In: Paim J, Almeida-Filho, N. *Saúde Coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p.625-637.
20. Nutbeam D. *Health promotion glossary*. Genebra: World Health Organization; 1998.
21. Buss PM. Promoção e educação em saúde no âmbito da Escola de Governo em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública. *Cad. de Saúde Pública* 1999; 15 (supl.2).
22. Epstein I. Comunicação e Saúde. *Comunicação & Sociedade* 2001; 22 (35):159-186.
23. Njaine K, Minayo MCS. A violência na mídia como tema da área da saúde pública: revisão da literatura. *Cienc Saude Colet*. 2004; 9(1):201-11.
24. Bala M, Strzeszynski L, Cahill K. Mass media interventions for smoking cessation in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews. In: *The Cochrane Library*, Issue 7, Art. No. CD004704, 2008. Disponível em: <http://cochrane.bvsalud.org/cochrane/show.php?db=reviews&mfn=&id=CD004704&lang=&dblang=&lib=COC&print=yes>. Acesso em 26 de fevereiro de 2015.
25. Strasburger VG. Media and children: what needs to happen now? *JAMA* 2009; 301(21): 2265-2266.
26. Ratzan SC. Health communication: Beyond recognition to impact. *Journal of Health Communication* 2011; 16 (2): 109-111.
27. Tabakman R. *A saúde na mídia: medicina para jornalistas, jornalismo para médicos*. São Paulo: Summus Editorial, 2013.

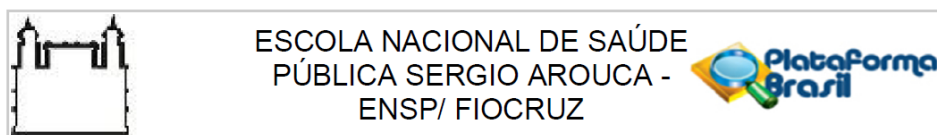
28. Lerner k, Sacramento I (Org.). *Saúde e Jornalismo: interfaces contemporâneas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. FAPERJ; 2014.
29. Faria L. *Mídia, a moderna esfinge- Decifra-me ou te devoro*. Edição do autor. Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/ea000124.pdf>. Acesso em: 26 de fevereiro de 2015.
30. França E, Abreu D, Siqueira M. Epidemias de dengue e divulgação de informações pela imprensa. *Cad. Saúde Pública* 2004; 20(5): 1334-1341.
31. Gentili V. *Democracia de massas: jornalismo e cidadania*. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2005.
32. Barata RCB. Saúde e direito à informação. *Cad. saúde publica* 1990; 6(4): 385-99.
33. Bueno WC. A cobertura de saúde na mídia brasileira: Os sintomas de uma doença anunciada. IN: EPSTEIN [et al.] Organizador. *Mídia e Saúde*. Adamantina: UNESCO/UMESP/FAI; 2001.
34. Castiel LD. Insegurança, ética e comunicação em Saúde Pública. *Rev Saúde Pública* 2003; 17 (6):1277-1311.
35. Epstein I. Comunicação de massa para a saúde: esboço de uma agenda midiática. *Revista latinoamericana de Ciências de La comunicación* 2008; 5 (8-9):132-142.
36. Fausto Neto A. Midiatização da enfermidade de Lula: sentidos em circulação em torno de um corpo significativo. In: Janotti Junior J.; Mattos A. M.; Jacks, N. (org.). *Mediação e Midiatização*. Salvador: EDUFBA; Brasília: Compós, 2012, p. 287-321.
37. Romeyer H, Moktefi A. Pour une approche interdisciplinaire de la prévention. *Revue Communication et Langages* 2013; 176: 33-47.
38. Romeyer H. Santé et espace public. In: Romeyer H. (dir.) *Presses de l'EHESP, collection Communication, santé, social*, 2010. Rennes: 5-11.
39. Romeyer, H. *La santé à la télévision: l'émergence d'une question sociale*. Questions de Communication, n.11, 2007. Disponível em: <http://questionsdecommunication.revues.org/7328>. Acesso em: 31 de outubro de 2014.
40. Araújo IS, Moreira AL, Aguiar R. Doenças negligenciadas, comunicação negligenciada. Apontamentos para uma pauta política e de pesquisa. *RECIIS- R. Eletr.de Com. Inf. Inov. Saúde* 2013; 6 (4/supl.).
41. Türcke C. *Sociedade Excitada: filosofia da sensação*. Campinas: Editora Unicamp; 2010.

42. Andrade AB. Influenza H1N1: problema real o produto mediático? *Diagnostico* 2010; 49 (2):79-80.
43. Hudacek DL, Kuruvilla S, Kim N, et al. Analyzing media coverage of the Global Fund Disease compared with Lower Funded Diseases (Childhood pneumonia, Diarrhea and Measles). *PLoS ONE*. 2011; 6 (6): 1-9.
44. Pitta AMR. Reflexões sobre o Pacto pela Democratização e Qualidade da Comunicação e Informação em Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório do seminário nacional de comunicação, informação e informática em saúde para o exercício do controle social*: Brasília, 8 a 9 de dezembro de 2005. Brasília: Editora do ministério da Saúde; 2006.
45. Almeida AR. A informação como ferramenta de promoção da saúde: saúde e doença no jornal regional “Diário do Grande ABC” [Dissertação]. São Bernardo do Campo: Programa de Pós-Graduação em Comunicação Social, Universidade Metodista; 2004.
46. Almeida Filho N. O conceito de saúde: o ponto cego da epidemiologia? *Rev Bras Epidemiol* 2000; 31 (1-3): 4-20.
47. Camargo Júnior KR. Epistemologia numa hora dessas? (os limites do cuidado). In: Pinheiro R, Mattos RA. (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. São Paulo: Hucitec; 2004.
48. Costa O. que é um problema de saúde pública? *Rev Brasileira de Epidemiologia* 2006; 9(1):144-151.
49. Camargo Júnior KR. Das necessidades de saúde à demanda socialmente constituída. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: Cepesc/UERJ, Abrasco; 2005.p. 91-101.
50. Mello Jorge MHP et al. Avaliação do sistema de informação sobre nascidos vivos e o uso de seus dados em epidemiologia e estatísticas de saúde. *Rev Saúde Pública* 1993; 27 (supl.).
51. Vermelho LL, Costa AJL, Kale PL. Indicadores de Saúde. In: MEDRONHO, R. A. etal. *Epidemiologia*. São Paulo: Editora Atheneu, 2009.
52. Rede Interagencial de informações para a saúde. *Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações*. Rede interagencial de informações para a saúde – Ripsa. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2002.
53. Laurenti R, Mello Jorge MHP, Gotlieb SLD. A confiabilidade dos dados de mortalidade e morbidade por doenças crônicas não-transmissíveis. *Ciênc. saúde coletiva* 2004; 9 (4): 909-920.
54. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Doenças Negligenciadas: estratégias do Ministério da Saúde. *Rev Saúde Pública* 2010; 44 (1): 200-2002.

55. Chirac P, Torreele E. Global framework on essential health R & D. *Lancet* 2006; 367 (9522):1560-1561.
56. Ehrenberg JP, Ault SK. Neglected diseases of neglected populations: Thinking to reshape the determinants of health in Latin America and the Caribbean. *BMC Public Health* 2005; 5:119-132.
57. Balasegaram M., Balasegaram S, Malvy D., et al. Neglected diseases in the news: a content analysis of recent international media coverage focussing on Leishmaniasis and Trypanosomiasis. *PLoS Negl Trop Dis* 2008; 2 (5):1-5.
58. Allebeck P. Contributing to an important debate or increasing the news/death ratio? *European Journal of Public Health* 2010. 20 (5): 483-485.
59. Cavaca AG, Vasconcellos-Silva PR. Doenças midiaticamente negligenciadas: uma aproximação teórica. *Interface comun. saúde educ.* 2015; 19 (52): 83-94.
60. IBGE. *IBGE Estados@.* Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=es>. Acesso em: 20 de fevereiro de 2015.
61. SESA. PDR - *Plano Diretor de Regionalização da Saúde Espírito Santo 2011*. Secretaria de Estado de Saúde, 2011.
62. IJSN -Instituto Jones dos Santos Neves. *Perfil da pobreza no Espírito Santo: famílias inscritas no cadúnico*. Vitória, ES; 2010.
63. Vieira RCA, Prado TN, Siqueira MG, Dietze R, Maciel ELN. Distribuição espacial dos casos novos de tuberculose em Vitória, Estado do Espírito Santo, no período entre 2000 a 2005. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* 2008; 41 (1): 82-86.
64. Sales CMM, Figueiredo TAM, Zandonade E, Maciel ELN. Análise espacial da tuberculose infantil no Estado do Espírito Santo. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* 2010; 43 (4):435-439.
65. Santos AS, Castro DS, Falqueto A. Fatores de risco para transmissão da hanseníase. *Revista brasileira de enfermagem* 2008; 61(n.esp.): 738-743.
66. Moreira MV, Waldman EA, Martins CL. Hanseníase no Estado do Espírito Santo, Brasil: uma endemia em ascensão? *Cad. Saúde Pública* 2008; 24 (7):1619-1630.
67. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Sistema Nacional de Vigilância em Saúde: relatório de situação: Espírito Santo*. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
68. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso*. 6 edição revisada. Brasília; 2005.

69. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Guia de Vigilância Epidemiológica*. 6 edição. Brasília; 2005.
70. Pinto IS, Santos CB, Grimaldi JRG, Ferreira AL, Falqueto A. American visceral leishmaniasis dissociated from *Lutzomyia longipalpis* (Diptera, Psychodidae) in the State of Espírito Santo, Brazil. *Cad. Saúde Pública* 2010; 26 (2): 365-372.
71. Cardoso IM, Cabidelle ASA, Borges PCL, Lang CF, Calenti FG, Nogueira LO, Falqueto A, Cerutti Júnior C. Dengue: clinical formas and risk groups in a high incidence city in the southeastern region of Brazil. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop* 2011; 44 (4):430-435.
72. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Vigilância em Saúde. *Situação epidemiológica da malária no Brasil*. Brasília; 2007.
73. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Programa Nacional de Prevenção e Controle da Malária PNCM*. Brasília; 2003.
74. Cerutti Júnior C. Caracterização epidemiológica da malária autóctone do Espírito Santo [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2007. 215p.
75. Sessa PA, Pimentel RR, Ferreira AL, Falqueto A. Soroprevalência da doença de Chagas em crianças em idade escolar do Estado do Espírito Santo, em 1999-2000. *Cad. Saúde Pública* 2002; 18 (6): 1765-1769.
76. IJSN -Instituto Jones dos Santos Neves. *Síntese dos Indicadores Sociais do Espírito Santo*. Vitória, ES; 2011.
77. SESA. PES - *Plano Estadual de Saúde 2012-2015*. Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo, 2012.
78. Tito A, Santana JC, Tarcisio J. A trajetória dos meios de comunicação capixabas. In: Martinuzzo (Org.). *Quase 200*. Vitória: DIO, 2008. p. 37-54.
79. Jornal A Tribuna. *Histórico*. Disponível em: <http://www.redetribuna.com.br/jornal/historico>. Acesso em: 13 de fevereiro de 2015.
80. A Gazeta. *Histórico*. Disponível em: <http://gazetaonline.globo.com/index.php?id=/redegazeta/historico/index.php>. Acesso em: 13 de fevereiro de 2015.
81. Tobar F, Yalour MR. *Como fazer teses em saúde pública: conselhos e ideias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2001.
82. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Portugal: Edições 70; 2009.

ANEXO 1 – Aprovação do Comitê de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ¿DOENÇAS MUDIATICAMENTE NEGLIGENCIADAS¿: COBERTURA E INVISIBILIDADE DE TEMAS SOBRE SAÚDE NA MÍDIA IMPRESSA

Pesquisador: Aline Guio Cavaca

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 20693413.2.0000.5240

Instituição Proponente: FUNDACAO OSWALDO CRUZ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 488.382

Data da Relatoria: 27/11/2013

Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa em tela já recebeu o Parecer Consubstanciado do CEP/ENSP de número 404092, em 24/09/2013 e de número 443638, em 01/11/2013 que apresentaram pendências.

Objetivo da Pesquisa:

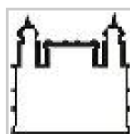
OBJETIVOS GERAIS

- Correlacionar os problemas de saúde mais relevantes para a população capixaba, na perspectiva dos indicadores epidemiológicos estaduais, com seu grau de exposição na mídia impressa (jornal A Tribuna e A Gazeta), com vista à identificação de ¿Doenças Mudiaticamente Negligenciadas¿;
- Analisar as "Doenças Mudiaticamente Negligenciadas" no contexto lusitano;
- Analisar e discutir as diferenças entre as necessidades e valorações midiáticas (valores-notícia) e as necessidades de saúde (¿valor-saúde¿), com o intuito de problematizar as questões da cobertura e invisibilidade dos temas de saúde na mídia impressa;

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar o perfil de morbi-mortalidade do estado do Espírito Santo, por meio dos indicadores epidemiológicos disponíveis nos Sistemas de Informação em Saúde, enumerando os problemas considerados mais prementes (¿valor-saúde¿);

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 488.382

- Avaliar o espaço alcançado nos periódicos A Tribuna e A Gazeta pelos problemas epidemiologicamente mais relevantes por meio de indicadores de noticiabilidade (IN);
- Identificar χ Doenças Midiaticamente Negligenciadas χ - condições de alta relevância em saúde e pequena cobertura midiática;
- Com bases nestas, elaborar indicadores de cobertura midiática como: χ índice morte-notícia χ , χ índice morbidade-notícia χ , e χ valor-saúde-notícia χ ;
- Analisar o espaço alcançado no periódico "Público" pelos temas de saúde relevantes no contexto lusitano;
- Identificar, a partir da percepção de atores-chave locais, as χ Doenças Midiaticamente Negligenciadas χ em Portugal;
- Problematicar e analisar os condicionantes históricos, políticos e institucionais que influenciam tais condições, no Brasil e em Portugal.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Descrito no parecer 404092, de 24/09/2013.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Descrito no parecer 404092, de 24/09/2013.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Descrito no parecer 404092, de 24/09/2013.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendência 1 :

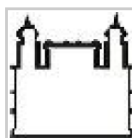
Foram solicitadas as autorizações da mídia impressa no ES e Assessoria de Imprensa da Gestão em Saúde Estadual.

Análise: As autorizações deveriam ser para a pesquisa atual, sob responsabilidade da aluna. Pendência não atendida.

Resposta da pendência 1:

O título original da pesquisa "O valor-notícia-saúde e as Doenças Midiaticamente Negligenciadas: cobertura e invisibilidade de temas sobre saúde na mídia impressa", já aprovado neste CEP (parecer 213.698) foi modificado, pois o projeto ampliou os objetivos e as metodologias, incluindo nova equipe. Assim, para não dar duplicidade no sistema, retirei uma palavra no título, mas a solicitação de autorizações das Instituições no ES já estava em andamento na ocasião, e foram

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 488.382

concedidas com o título antigo, muitas em nome da Tatiana Emerich e citando apenas a parceria da ENSP (não colocando meu nome diretamente).

Após orientação da professora Ângela Esher, julgamos pertinente que somente conste neste projeto o que for de inteira responsabilidade de Aline Cavaca e do professor Paulo Roberto Vasconcellos-Silva. Assim sendo, a parte qualitativa do projeto (acrescentada quando se firmou a parceria os pesquisadores da UFES) foi retirada do projeto e organizada em um novo projeto menor, a ser submetido no Comitê de Ética em Pesquisa da UFES, sob responsabilidade de Tatiana Emmerich e dos demais pesquisadores daquela instituição.

Portanto, tais termos de anuência não devem ser considerados, pois as entrevistas autorizadas pelos responsáveis não farão mais parte do escopo deste projeto avaliado pelo CEP-ENSP. Favor desconsiderá-los. As devidas alterações nos objetivos e metodologia do projeto e na Plataforma Brasil, suprimindo essa parte da pesquisa, já foram realizadas.

Análise: Pendência atendida

Pendência 2:

Caso os atores-chave localizados em Portugal pertençam a alguma instituição, esta deverá autorizar a participação por meio de termo de anuência.

Análise: As autorizações não estão em papel timbrado ou ao menos contem carimbo que identifique a pessoa, cargo e local.

Resposta da pendência 2:

Nova autorização da instituição IHMT foi providenciada, agora em papel timbrado.

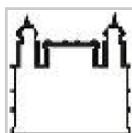
A segunda instituição, a Associação Portuguesa de Hemocromatose, trata-se de uma Associação de Pacientes pequena, que ainda não conta com papéis timbrados ou carimbos, segundo justificativa do presidente da Associação. Além disso, o presidente da Associação me concedeu autorização para entrevistar a ele mesmo. Nesse caso, a secretária do CEP-ENSP me informou que o próprio TCLE seria pertinente como anuência para sua própria entrevista (como trata-se do presidente da instituição).

Análise: Pendência atendida

Pendência 3

Esclarecer a relação entre o trabalhos acadêmico apresentado a este CEP e ao referido no Termo de

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SÉRGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 488.382

anuência em nome de Tatiana Breder Emerich.

Análise: O CEP/ENSP entende que se trata de um projeto maior em que vai gerar subprojetos, um da aluna Aline Cavaca e outro da aluna Tatiana. No entanto, a submissão ao CEP/ENSP deve apresentar apenas o subprojeto da aluna Aline Cavaca, que tem vínculo com a ENSP como aluna do doutorado da escola. Assim os documentos devem vir em nome da mesma, não em nome da outra aluna. A aprovação deste CEP é apenas em nome dos pesquisadores que tem vínculo com a ENSP (Aline) ou com a FIOCRUZ (orientador, Paulo Roberto). Caso deseje a aprovação do projeto maior, todos os objetivos devem estar explícitos e o projeto deverá ser apresentado pelo orientador. Pendência não atendida.

Resposta da pendência 3:

Essa pendência foi resolvida de acordo com as orientações da professora Ângela Esher, explicitadas na justificativa da pendência um.

Os projetos foram desmembrados, e o projeto modificado submetido à Plataforma já não consta com os objetivos e atividades a serem desenvolvidas por Tatiana Emerich. Dessa maneira, conta apenas com os objetivos a serem desenvolvidos exclusivamente por Aline Cavaca e prof. Paulo Roberto Vasconcellos-Silva, a saber: análise de notícias de jornal, dos dados disponíveis no sistema de informação e entrevistas em Portugal.

Os únicos termos de anuência que devem ser considerados a partir desse momento são os que se referem às atividades desenvolvidas por Aline Guio Cavaca em Portugal.

Análise: Pendência atendida.

Pendência 4

Incluir no TCLE a informação que o participante receberá uma via do termo.

Resposta da pendência 4:

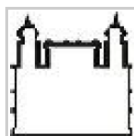
A informação foi acrescentada e encontra-se destacada no arquivo em anexo.

Análise: Pendência atendida.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SÉRGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 488.382

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O parecer do CEP/ENSP é válido para o cumprimento dos objetivos descritos acima. Este trabalho deverá ser desenvolvido no curso de doutorado da aluna Aline Cavaca, orientada pelo Prof. Dr. Paulo Roberto Vasconcellos. Não há parceria institucional com a Universidade Federal do Espírito Santo.

RIO DE JANEIRO, 11 de Dezembro de 2013

Assinador por:
Ângela Fernandes Esher Moritz
(Coordenador)

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br

ANEXO 2 – Autorização Jornal A Tribuna**AUTORIZAÇÃO****CT-DIR-004/2012**

A REDE TRIBUNA DE COMUNICAÇÃO autoriza a aluna doutoranda ALINE GUIO CAVACA a coletar dados do jornal A TRIBUNA para realização de estudos acadêmicos, sob o tema “‘Valor-Notícia-Saúde’ para a comunicação de massa: informação como insumo de saúde”, nos anos de 2010 a 2012, podendo citar o conteúdo para fundamentar o estudo proposto.

Vitória, ES, 10 de maio de 2012.


Geraldo Schuller
Diretor de Marketing



r. Joaquim Plácido da Silva, 225
Ilha de Santa Maria - CEP 29051-900
Vitória - ES - 27 3331.9000
www.redetribuna.com.br

ANEXO 3: Autorização Jornal A Gazeta

Autorização

Na qualidade de Diretor de Jornalismo autorizo a pesquisa no Jornal *A Gazeta* e a realização de entrevistas com os jornalistas responsáveis pela pauta de saúde no intuito de colaborar com a pesquisa *“O “Valor-notícia-saúde” e as “Doenças Midiaticamente Negligenciadas”: cobertura e invisibilidade de temas sobre saúde na mídia impressa”* tendo sido assegurada a confidencialidade das informações coletadas e que os resultados obtidos serão divulgados somente em apresentações ou publicações de natureza científica ou educativa.

Vitória, 31 de Julho de 2013.



Abdo Chequer – Diretor de Jornalismo

**ANEXO 4 – Planilha de financiamento do projeto, aprovado no edital
FAPES/CNPq/MS-Decit/SESA nº 10/2013-PPSUS**



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
Secretaria da Ciência, Tecnologia, Inovação
Educação Profissional e Trabalho



Edital FAPES/CNPq/MS-Decit/SESA nº 10/2013 - PPSUS				
PLANILHA ORÇAMENTÁRIA				
PROCESSO	65442830			
BENEFICIÁRIO	Adalto Emmerich Oliveira			
QUADRO DE USOS				
1- DESPESAS DE CAPITAL				
Nº	DESCRIÇÃO	QUANT	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	Tablet	1	1.200,00	1.200,00
2	Software de análise qualitativa Maxqda Portable License Educational	2	1.489,60	2.979,20
3	Notebook	2	3.498,00	6.996,00
4	HD externo	3	372,90	1.118,70
5	Impressora (multifuncional laser)	1	599,00	599,00
6	Gravador de voz digital (ICD-PX312 PRETO)	1	192,38	192,38
			CAPITAL	R\$ 13.085,28
2 - DESPESAS DE CUSTEIO				
Nº	DESCRIÇÃO	QUANT	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	Material de Consumo em geral			R\$ 4.176,90
2	Material bibliográfico: livros	15	R\$ 100,00	R\$ 1.500,00
3	Diárias: exclusivamente para membros relacionados na equipe executora do projeto e pesquisador convidado. Não é permitida a utilização de diárias para a participação de Congressos e demais eventos científicos.			R\$ 2.712,00
Serviços de Terceiros pessoa jurídica				
4	Passagens: nacionais ou internacionais, exclusivamente para membros relacionados na equipe executora do projeto e pesquisador convidado para desenvolvimento das atividades do projeto. Não é permitida a utilização de passagens para a participação de Congressos e demais eventos científicos.			R\$ 5.232,00
5	Prestação de serviço a entrevistador especializado por entrevista realizada			R\$ 600,00
6	Prestação de serviço de transcrição por entrevista transcrita			R\$ 600,00
			CUSTEIO	R\$ 14.220,90
			TOTAL DO ORÇAMENTO	R\$ 27.306,18
CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO				
FONTE				
FAPES	Capital	1ª parcela	R\$ 13.085,28	R\$ 22.409,91
	Custeio		R\$ 9.324,63	
CNPq	Capital	2ª parcela		R\$ 5.496,27
	Custeio			
FAPES	Capital	13ª mês	R\$ 5.496,27	
	Custeio			
CNPq	Capital			
	Custeio			
TOTAL				R\$ 27.906,18

ANEXO 5 – Carta de aceite Artigo 5: Entre evidências e negligências: cobertura e invisibilidade de temas de saúde na mídia impressa portuguesa**Preview**

From: romeugo@gmail.com

To: alineguica@hotmail.com

CC: cienciasaudecoletiva@fiocruz.br, raimangas.mangas1@gmail.com

Subject: Ciência & Saúde Coletiva - Decision on Manuscript ID CSC-2014-1834.R1

Body: 28-Jan-2015

Dear Mrs. Cavaca:

It is a pleasure to accept your manuscript entitled "Entre evidências e negligências: cobertura e invisibilidade de temas de saúde na mídia impressa portuguesa" in its current form for publication in the Ciência & Saúde Coletiva.

Thank you for your fine contribution. On behalf of the Editors of the Ciência & Saúde Coletiva, we look forward to your continued contributions to the Journal.

Sincerely,
Dr. Romeu Gomes
Editor-in-Chief, Ciência & Saúde Coletiva
romeugo@gmail.com

Date Sent: 28-Jan-2015

APÊNDICE 1 – Ficha de Identificação da Matéria

“DOENÇAS MUDIATICAMENTE NEGLIGENCIADAS”: COBERTURA E INVISIBILIDADE DE TEMAS
SOBRE SAÚDE NA MÍDIA IMPRESSA

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DA MATÉRIA

I- Número da matéria |__|__|__|__|

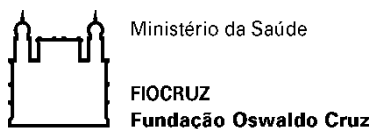
INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO

Obs: Para todo o questionário, preencher as questões que “não se aplicam” com (88) e as questões “sem informação” com código (99).

IDENTIFICAÇÃO DA MATÉRIA	
II- Número da página	__
III- Nome do jornal: (1) A Gazeta (2) A Tribuna	__
IV- Data da matéria:	__ _ _ / __ _ _ / __ _ _
V- Caderno ou editoria: A Gazeta: (1) Da redação (2) Cidades (3) Opinião (4) Política (5) Caderno 2 (6) Economia (7) Mundo (8) Vida (9) Esportes A Tribuna: (10) AT2 (11) Cidades (12) Reportagem especial (13) Regional (14) Polícia (15) Economia (16) Política (17) Internacional (18) C&T (19) Esportes (20) Opinião (21) Caderno especial	__
VI- Página da matéria: (1) Ímpar (2) Par (3) Dupla	__
HIERARQUIA	
VII- Dia da semana: (1) Seg (2) Ter (3) Quar (4) Qui (5) Sex (6) Sab (7) Dom	__
VIII- Chamada na primeira pagina: (1) sim (2) não	__
IX- Há elementos de edição na 1ª página? (1) sim (2) não	__
X- Localização na página (1) esquerda (2) direita (3) central (4) inteira	__
XI- Gênero da matéria: (1) notícia (2) artigo de opinião (3) crônica (4) entrevista (5) colunas de notas (6) coluna de texto (7) reportagem	__
ELEMENTOS DE EDIÇÃO	
XII- Há fotografia(s)?: (1) sim (2) não	__
XIII- Há ilustração (ões)?: (1) sim (2) não	__
XIV- Há infográfico(s)?: (1) sim (2) não	__
XV- Há tabela (s) ou box?: (1) sim (2) não	__
XVI- Há gráfico(s)?: (1) sim (2) não	__
XVII- Origem da matéria: (1) equipe local (2) nacional (3) internacional	__
XVIII- A matéria é assinada?: (1) sim (2) não	__
XIX- Jornalista responsável:	
DOENÇAS	

xx-	A matéria aborda doença(s)? (1) sim (2) não	
xxi-	Qual doença? (<i>conferir código Lista CID-10</i>)	Código:
xxii-	A matéria aborda alguma faixa etária de população capixaba? (1) sim (2) não	
xxiii-	Qual faixa etária da população capixaba a matéria aborda? (1) menor de um ano, (2) de 1 a 4 anos, (3) de 5 a 9 anos, (4) de 10 a 14 anos, (5) de 15 a 19 anos, (6) de 20 a 29 anos, (7) de 30 a 39 anos, (8) de 40 a 49 anos, (9) de 50 a 59 anos, (10) de 60 a 69 anos, (11) de 70 a 79 anos, (12) de 80 anos e mais	
xxiv-	A matéria identifica alguma área geográfica do Espírito Santo? (1) sim (2) não	
xxv-	Tipo de área geográfica: (1) bairro, (2) município, (3) região do estado, (4) estado inteiro	
xxvi-	Localização geográfica nas microrregiões do Espírito Santo: (1) Metropolitana, (2) Central Serrana, (3) Sudoeste Serrana, (4) Litoral sul, (5) Central Sul, (6) Caparaó, (7) Rio doce, (8) Centro-oeste, (9) Nordeste, (10) Noroeste (<i>conferir lista de municípios no mapa</i>)	
ASSUNTO ABORDADO/ENFOQUE		
xxvii-	A notícia aborda acesso à assistência médica? (1) sim (2) não	
xxviii-	A notícia aborda prevenção a doenças? (1) sim (2) não	
xxix-	A notícia aborda promoção da saúde? (1) sim (2) não	
xxx-	A notícia aborda bem estar e qualidade de vida? (1) sim (2) não	
xxxi-	A notícia aborda saúde privada: planos de saúde, consultas particulares, etc? (1) sim (2) não	
xxxii-	A notícia aborda SUS: políticas de saúde, administração do sistema? (1) sim (2) não	
xxxiii-	A notícia aborda denúncias de saúde? (1) sim (2) não	
xxxiv-	A notícia aborda RH e formação profissional? (1) sim (2) não	
xxxv-	A notícia aborda tecnologias da saúde? (1) sim (2) não	
xxxvi-	A notícia aborda divulgação/ inovação científica? (1) sim (2) não	
xxxvii-	A notícia aborda estética? (1) sim (2) não	
xxxviii-	A notícia aborda alimentação? (1) sim (2) não	
xxxix-	A notícia aborda medicamentos? (1) sim (2) não	
xl-	A notícia aborda Saúde Bucal? (1) sim (2) não	
xli-	A notícia aborda Saúde Mental? (1) sim (2) não	
xlII-	A notícia aborda Reabilitação? (1) sim (2) não	
xlIII-	A notícia tem abordagem exclusivamente informativa? (1) sim (2) não	
xlIV-	Fonte das matérias: (1) oficial (2) especialistas (3) movimentos não governamentais (4) classistas (5) cidadãos (6) sem referência de fontes (7) Outros _____	

APÊNDICE 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado participante,

Você está sendo convidado a participar da pesquisa **“Doenças Midiaticamente Negligenciadas: cobertura e invisibilidade de temas sobre saúde na mídia impressa”**. Essa pesquisa será conduzida por Aline Guio Cavaca, doutoranda do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP-FIOCRUZ), com participação de pesquisadores da ENSP-FIOCRUZ e da Universidade Federal do Espírito Santo, sob orientação do professor Dr. Paulo Roberto Vasconcellos-Silva.

O objetivo central do estudo é analisar a veiculação midiática da saúde e discutir as *Doenças Midiaticamente Negligenciadas*.

O convite a sua participação se deve à relevância de seu conhecimento a respeito da temática e sua inserção no debate da divulgação midiática da saúde. A sua participação está associada unicamente ao seu interesse em colaborar com o projeto de maneira voluntária. Sendo assim, você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora e nem com qualquer setor desta Instituição. Sua participação nesta pesquisa consistirá em ceder uma entrevista com perguntas na forma de um roteiro.

As entrevistas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente a pesquisadora e a equipe de pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – (ENSP-Fiocruz) e da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) terão propriedade e acesso às mesmas, ao banco de dados e ao direito de autoria da pesquisa. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos cinco anos, conforme Resolução 196/96 e orientações do CEP/ENSP.

Você não arcará com nenhum custo nem obterá qualquer tipo de compensação financeira, assim como não será exposto a qualquer tipo de constrangimento institucional. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o uso de dados e

resultados (não identificados) apenas para divulgação em apresentações ou publicações com fins científicos ou educativos.

O benefício (direto ou indireto) relacionado com sua colaboração é o de contribuir para uma rede de pesquisas sobre Comunicação e Saúde. Os riscos potenciais desse estudo consistem nos riscos de identificação do participante, por conta do conteúdo específico da entrevista, ou de ocorrência de algum constrangimento durante uma entrevista. Porém, qualquer dado que possa identifica-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material armazenado em local seguro. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste termo.

Os resultados serão divulgados em relatórios individuais para os entrevistados, artigos científicos e na tese e dissertação originadas dessa pesquisa.

Esclarecimento de dúvidas

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, sugestões ou necessidade de reportar qualquer tipo de intercorrência, entre em contato com Aline Guio Cavaca. E-mail: alineguica@hotmail.com.

Endereço / Telefone institucional: Rua Leopoldo Bulhões nº1480 Manguinhos Rio de Janeiro – RJ Brasil CEP: 21041-210. Telefone: 055 (27) 99595601

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP: Telefone: 055(21) 25982863 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br Site: <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Declaro que compreendi todos os termos acima descritos e que, voluntariamente, aceito participar deste estudo. Tenho plena compreensão de todos os procedimentos aos quais me submeto voluntariamente.

Participante da Pesquisa

Aline Guio Cavaca

Pesquisadora responsável

Local:

Data: _____, de _____ de 2013

