Comunicação, política de saúde e acesso à informação: um estudo de caso do impacto das campanhas do Ministério da Saúde de 2015-2021

Jackeline Saori Teixeira[1]
Ghael Henrique Moura Leite[2]

Recebido em maio de 2024
Aceito em junho 2024

RESUMO

As políticas de saúde brasileiras adotam desde o final do século XIX e início do XX o modelo "campanhista", em que políticas sanitárias eram desenvolvidas para a erradicação de doenças pontuais através da realização de campanhas. A partir de mudanças no Departamento Nacional de Saúde Pública, nos anos de 1920, foi introduzida a propaganda e educação sanitária na técnica rotineira de ação na política de saúde. Nas décadas seguintes, as concepções de comunicação estiveram sempre presentes na modelagem das políticas públicas de saúde, particularmente nas que supunham uma intervenção direta sobre os costumes e práticas da população. Deste modo, e por diversos caminhos, chegamos ao tempo presente, com as políticas de saúde sendo atravessadas pelo discurso do direito à informação e à comunicação como indissociável do direito à saúde. Contudo, cabe saber em que medida há relação entre comunicação e política pública; e, caso positivo, de que maneira é possível avaliar o efeito de uma política pública nesses moldes. Com esse fim, a presente pesquisa utiliza-se das campanhas realizadas pelo Ministério da Saúde relacionadas às seguintes doenças: I) Arboviroses; II) Câncer; III) Coronavírus, IV) Gripe; V) Hanseníase, Verminoses ou Tracoma; VI) Hepatites Virais; VII) IST; VIII) Tuberculose. O trabalho pretende avaliar o impacto que essas peças de comunicação do Ministério da Saúde têm na busca por informação da população, especificamente, os pedidos de acesso à informação. A análise é realizada com base em testes estatísticos que cruzam a busca de informação via Lei de Acesso à Informação, trabalhando com um *corpus* de 26.383 solicitações do período de julho de 2015 a junho de 2021, tentando compreender qual o impacto durante o período vigente de cada uma das campanhas estabelecidas. Para tal análise, foi desenvolvido um dicionário de termos através da seleção de amostra estatisticamente significativa de 3603 pedidos, o que representa intervalo de confiança de 99% e margem de erro de 2%. Com base no dicionário, a análise se dá de forma automatizada utilizando a linguagem de programação Python, seguida por uma análise estatística para verificar a alteração na frequência de pedidos no período da campanha respectiva.

Palavras-chave: Comunicação; Saúde; Políticas Públicas; Campanhas; Pedidos de Informação.

Communication, Health Policy, and Access to Information: A case study on the impact of the Brazilian Ministry of Health campaigns from 2015 - 2021

ABSTRACT

[1]Mestre em Ciência Política e bacharel em Ciências Sociais pela Universidade Federal do Paraná, bolsista no Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social pelo Fundo Paraná, jackeline_st@hotmail.com.
[2]Mestrando em Tecnologia e Sociedade pela Universidade Tecnológica Federal do Paraná e bacharel em Ciências Sociais pela Universidade Federal do Paraná, Bolsista CAPES, leiteghael@gmail.com.

Brazilian health policies have adopted the "campaign" model since the late 19th and early 20th centuries, where health policies were developed to eradicate specific diseases through campaign efforts. Starting with changes in the National Department of Public Health in the 1920s, propaganda and health education were introduced as routine actions in health policy. In the subsequent decades, communication concepts have consistently shaped public health policies, particularly those involving direct intervention in population customs and practices. Thus, through various paths, we arrive at the present time, where health policies are influenced by discourse on the right to information and communication, inseparable from the right to health. However, it is crucial to determine the extent of the relationship between communication and public policy, and if so, how to evaluate the effect of such policies. To address this, the current research examines campaigns conducted by the Ministry of Health related to the following diseases: I) Arboviruses; II) Cancer; III) Coronavirus; IV) Influenza; V) Leprosy, Worm Infections, or Trachoma; VI) Viral Hepatitis; VII) STIs; VIII) Tuberculosis. The study aims to assess the impact of these Ministry of Health communication campaigns on public information-seeking behavior, specifically through requests made under the Access to Information Law. The analysis is based on statistical tests that correlate information-seeking behavior with campaigns, utilizing a dataset of 26,383 requests from July 2015 to June 2021. The study seeks to understand the impact of each campaign during its respective period. For this analysis, a dictionary of terms was developed using a statistically significant sample of 3,603 requests, representing a confidence interval of 99% and a margin of error of 2%. Using this dictionary, automated analysis is conducted using the Python programming language, followed by statistical analysis to assess changes in request frequency during each campaign period.

Keywords: Communication; Health; Public Policy; Campaigns; Information Requests.

Introdução

Signates (2009, p. 4) é categórico quando afirma que “não há no Brasil uma articulação teórica e, muito menos, uma experiência prática consolidada de comunicação como política pública”. Argumenta que os trabalhos com qualidade na área ou adotam a perspectiva instrumentalista da administração ou uma perspectiva instrumentalista da comunicação, com foco na formação e manutenção de imagem dos políticos profissionais. Diante isso, o autor lamenta a dificuldade de encontrar, no Brasil, profissionais que abordem a comunicação governamental não só como mera propaganda governamental ou da prática do clientelismo nas relações com a mídia, mas também como política pública.

O autor supracitado complementa que, para superar a visão meramente instrumental da comunicação, pode-se atuar de diferentes maneiras. Uma das iniciativas seria politizar radicalmente o debate ou, ainda, ampliar a compreensão do processo comunicativo, no qual se desprende do modelo emissor/receptor e se insere nas próprias relações sociais de modo a se perceber como condição de existência da própria sociedade democrática (Signates, 2009).

Outros autores compartilham da mesma visão. Pitta (2002) argumenta, por exemplo, de que é necessária atenção às práticas comunicativas para que que não se despolitize, além da resistência à ideia de relegar a comunicação como uma questão menor ou meramente educativa. A autora aponta que, no caso da comunicação em saúde, não se pode esquecer que há uma discursividade mais ampla, ou seja, deve-se evitar que o discurso biomédico seja o único de acesso ao público, que não haja pauta pública, ou que os movimentos sociais estejam silenciados.

Araújo e Cardoso (2007), bem como Alves (2015) sustentam que, por mais que predomine uma comunicação campanhista na saúde, ela não é dissociada da noção de direito e objetiva tanto o aperfeiçoamento de um sistema público de saúde em todas suas dimensões quanto a participação efetiva das pessoas. Ou seja, a atual comunicação em saúde não pode se limitar a ter a persuasão como estratégia, nem trabalhar apenas com a ideia de divulgação, mas deve contemplar as necessidades informacionais da população tanto no que diz respeito à promoção de saúde como em fornecer bases para a participação da população no sistema (Araújo; Cardoso, 2007; Alves, 2015). Nesse sentido, cabe o questionamento de Pitta (2002): quem avalia campanha publicitária no Brasil? Isso pois fica a cargo das agências tanto a criação das campanhas quanto sua avaliação.

No presente trabalho, busca-se propor uma abordagem de análise da comunicação como política pública no caso do Ministério da Saúde. Para tanto, é necessário compreender o cenário em que as políticas públicas de saúde estão inseridas. Nas próximas seções aborda-se, primariamente, a concepção de política pública na Saúde e as transformações históricas pertinentes, seguida pela relação das práticas com a comunicação.

Política pública

Assim como qualquer ação no contexto social e político, as políticas públicas são elaboradas em meio a relações de poder e atritos entre diversos atores envolvidos. Um dos modelos para interpretar os momentos das políticas públicas é a abordagem de ciclo, em que há divergência quanto à quantidade e, consequentemente, nomenclatura. No

entanto, de forma geral, esses estágios compreendem as etapas de formação da agenda; definição do problema; análise do problema; formação de alternativas; tomada de decisão; implementação; monitoramento; avaliação; e ajuste. Ressalta-se que tais fases não são sequenciais, mas acabam por se sobrepor (Cançado; Barros; Barros, 2021). Uma vez apresentadas as etapas, cabe fazer uma breve explicação sobre o que as caracteriza.

Martin *et al*. (2018) discorrem que a formação da agenda ocorre quando um contexto é compreendido como um problema político, de modo a mobilizar atores políticos e sociais para a causa. Uma vez que o problema é assimilado como importante e de valor para a comunidade social e política, ele é incluído na agenda, desencadeando discussões que o delineiam, analisam e propõem alternativas de resolução. Dentre as alternativas levantadas, algumas são selecionadas e implementadas.

As etapas seguintes recebem mais destaque nos artigos científicos, conforme Cançado, Barros e Barros (2021), especialmente a avaliação, dada a demanda por qualidade e eficiência das políticas públicas. Nesse contexto, os autores apontam que há duas abordagens para a avaliação de políticas públicas, uma quantitativa e outra qualitativa. Essa etapa subsidia a tomada de decisões quanto à manutenção ou à extinção de programas governamentais. Essas são as etapas gerais para políticas públicas como um todo, que em grande medida são seguidas também pelas políticas de saúde.

Souza, Batista e Helal (2022) apontam que a literatura sobre implementação de políticas no campo da saúde pública demonstra relativa coesão em relação aos objetivos de pesquisa propostos. De acordo com os autores, os trabalhos se dividem em dois grupos. O primeiro grupo analisa como ocorre a implementação de uma política pública de saúde específica a partir de certos fatores (seja participação social, publicização e monitoramento de dados ou outros). O segundo grupo é composto por trabalhos em que se buscam analisar os resultados do processo de implementação de modo a melhorar o desenho da política.

No que diz respeito às políticas de saúde, a Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8080/1990) define os objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS). Dentre eles, cita-se a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde, bem como a assistência às pessoas por intermédio de ações assistenciais e atividades preventivas. Esses objetivos podem ser alcançados de diferentes maneiras, dentre elas as

práticas de comunicação, e as campanhas, em especial, podem vir a cumpri-los simultaneamente. Contudo, no contexto atual, as práticas de comunicação não são realizadas somente para o cumprimento dos objetivos previsto em legislação, mas também para enfrentar problemas como a desinformação, a hesitação vacinal, entre outros.

Souto *et al*. (2024) contribuem para a compreensão da busca por informação sobre saúde ao apresentar dados sobre a hesitação vacinal e a confiabilidade das fontes de informação sobre vacinação infantil de covid-19. Os autores apresentam que diferentes grupos sociais se informam de maneiras distintas. Dentre os não hesitantes — aqueles que não hesitavam em vacinar contra a covid-19 — verificou-se uma menor confiança nas informações do Ministério da Saúde, pois foram associadas à rotatividade de ministros e à falta de transparência na divulgação dos dados da pandemia. No grupo dos hesitantes, as fontes mais confiáveis foram os artigos científicos, seguidos por institutos de pesquisa e médicos; enquanto a televisão e os jornais foram as fontes de informação menos confiáveis.

O estudo de Souto *et al*. (2024) também analisou os profissionais de saúde, que citaram os membros da própria equipe de saúde como principais fontes de informação, sendo os médicos e enfermeiros aqueles de maior confiabilidade no assunto. As diretrizes estabelecidas por organizações como entidades de classe (como a Sociedade Brasileira de Pediatria e os Conselhos de Enfermagem e de Medicina), da Organização Mundial da Saúde, da Fiocruz, do Instituto Butantan e do Ministério da Saúde foram considerados como os mais confiáveis. No entanto, os profissionais observaram que a disseminação de informação afetou a assimilação (ou não) de quais medidas seriam adequadas por parte da população, o que gerou dúvidas sobre a vacinação.

A situação foi agravada pois, como Souto *et al*. (2024) apresentam, pela primeira vez na história do Programa Nacional de Imunizações, órgãos públicos disseminaram desinformação e desincentivaram a vacinação. Isso, somado à ausência de coordenação federal sobre a vacinação, bem como às disputas discursivas sobre o tema, exemplificadas pelas falas que minimizaram a gravidade da doença, desencorajaram a adoção da imunização pela vacina. Logo, Souto *et al*. (2024) concluem que a percepção

de discursos divergentes entre os entes federativos da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) culminou em maior incerteza e baixa adesão à vacina.

Souto *et al*. (2024)é um exemplo recente da relação entre comunicação e saúde. Cabe, todavia, explorar a construção da saúde como algo de interesse público e consequente transformação em foco de política pública. Isso pois, sem levar em consideração as circunstâncias que levam um assunto a se tornar objeto de político, pouco se pode avaliar sobre as práticas adotadas em seu nome. Na próxima seção, aborda-se a construção da Saúde como área de política pública no Brasil.

Trajetória da política de saúde no Brasil

A preocupação com a política de saúde pode ser abordada a partir de diferentes perspectivas. Uma delas engloba os primeiros estudos sobre o tema, publicados na década de 1940, marcados por concepções eurocêntricas e evolucionistas (Abreu; Nogueira; Kury, 2018). Outra vertente sustenta que instituições, sejam elas dentro ou fora do aparelho estatal, exercem poder sobre os indivíduos, ditando regras que orientam a normatização do comportamento na sociedade, sendo a medicina um dos elementos de poder externos ao Estado que exercem essa influência (Fonseca, 2018).

Enquanto isso, outro grupo incorpora estudos publicados a partir do final da década de 1990, observando que diferentes grupos sociais e étnicos consideram distintos aspectos nas explicações sobre doença, cura e saúde (Pimenta; Gomes; Kodama, 2018). Além disso, pode-se considerar estudos que se concentram mais nas características históricas, utilizando, por exemplo: a análise das ações de saúde pública como elemento importante nos projetos de construção nacional; o papel de determinados atores no processo de institucionalização da saúde pública durante as primeiras décadas do sistema republicano; a observação da política de saúde como resultado da demanda de grupos sociais organizados, especificamente na esfera do trabalho (Fonseca, 2018).

A partir da perspectiva histórica, pontua-se que a preocupação com a saúde não é algo recente no Brasil. Durante o período colonial (1500-1822), a assistência à saúde durante não dispunha de modelo estruturado para atender à população, sendo a preocupação das autoridades na Colônia com a saúde uma ação esporádica,

restringindo-se a ações pontuais, como a implementação de quarentenas na ocorrência dos surtos epidêmicos (Abreu; Nogueira; Kury, 2018). Poucos eram assistidos pelos médicos trazidos de Portugal, enquanto os indígenas recorriam aos recursos naturais, como plantas e ervas, e aos conhecimentos empíricos adquiridos até então. O restante da população estava desassistida ou se valia de conhecimentos comuns para tratar de suas enfermidades.

Uma série de documentos datados do final do século XIX indica uma preocupação em torno da higiene, motivada pela relação que a medicina da época estabelecia entre as causas das doenças e as condições urbanas, como as emanações pútridas, construções das casas e lixeiras acumuladas. No entanto, as ações nesse sentido se concentraram na sede do Governo-Geral, o Rio de Janeiro (Abreu; Nogueira; Kury, 2018). O tráfico de escravizados também foi afetado por restrições nesse sentido, como a restrição para atracar em certos portos, a limitação de circulação de escravizados doentes (Abreu; Nogueira; Kury, 2018), bem como a preocupação com a higiene a fim de administrar racionalmente a mão de obra e prolongar a "vida útil" dos escravizados (Pimenta; Gomes; Kodama, 2018).

O cenário de ações governamentais relacionadas à saúde praticamente inexistentes só começou a mudar com a vinda da Família Real ao Brasil em 1808, exigindo a implementação de uma estrutura sanitária mínima a fim de dar suporte ao poder que se instalava na cidade do Rio de Janeiro. Nos anos iniciais da República, as ações relacionadas à higiene da cidade focalizaram-se na população pobre e, sobretudo, seu tipo de habitação sendo alvo de combate e controle por médicos, engenheiros e autoridades públicas. A demolição de cortiços é um exemplo das ações tomadas na época, o que, para alguns autores, significou na transformação da "classe pobre" em "classe perigosa", tanto em termos de desordem quanto de transmissão de doenças. Isso abriu espaço para a intervenção de terceiros nos corpos e das residências das pessoas por médicos e engenheiros (Sanglard; Ferreira, 2018).

Nesse contexto, caracterizado pela ausência de um modelo sanitário e pela presença de diversas doenças, como varíola, malária, febre amarela e, posteriormente, peste, houve consequências para a saúde coletiva e também para o comércio exterior, já que os navios estrangeiros não queriam atracar no porto do Rio de Janeiro. Assim, a

saúde tornou-se prioridade do governo no início do século XX, com ações de saúde concentradas no eixo agrário-exportador e administrativo, ou seja, eixo Rio de Janeiro - São Paulo. Pode-se dizer que, durante esse período, a assistência à saúde se concentrou nas epidemias e nos casos de especial interesse para o controle das condições de saúde pública no eixo central da economia (Carneiro, Netto, 2020).

Nessa época, estabelece-se o modelo "campanhista", no qual as políticas sanitárias eram desenvolvidas para a erradicação das doenças pontuais através da realização de campanhas. As doenças foco de campanha foram, nesse contexto, as portuárias e relacionadas à economia agroexportadora. A abordagem campanhista tornou-se hegemônica como proposta de intervenção na área da saúde coletiva após sua eficiência no controle de doenças epidêmicas como peste bubônica e varíola, conseguindo, inclusive, erradicar a febre amarela na cidade do Rio de Janeiro (Carneiro, Netto, 2020).

O modelo campanhista passou por mudanças significativas ao longo do tempo, transitando de uma abordagem que considerava as condições sociais como determinantes das doenças coletivas vigente no final do século XIX para uma abordagem campanhista-policial que se valia da engenharia, a polícia médica e campanhas sanitárias verticalmente administradas no início do século XX (Alves, 2015). O modelo campanhista foi modificado novamente a partir de 1921 com a ascensão de Carlos Chagas, sucessor de Oswaldo Cruz na direção do Departamento Nacional de Saúde Pública, por meio da introdução da propaganda e da educação sanitária como técnicas rotineiras de ação (Carneiro, Netto, 2020).

Menicucci e D'Albuquerque (2018) entendem que, nesse contexto, as campanhas de erradicação de doenças transmissíveis atuaram em consonância com a ideia de que a saúde é fator determinante para o desenvolvimento. A partir dos anos 1960, as autoras observam a ênfase na medicina previdenciária, de cunho individual e assistencialista, centrada no atendimento hospitalar. Isso resultou na diminuição da importância relativa das medidas de saúde pública, voltadas ao atendimento de necessidades coletivas e de caráter preventivo, situação evidenciada pelo orçamento diminuto do Ministério da Saúde, órgão responsável por essas ações (Menicucci; D'Albuquerque, 2018).

Em síntese, pode-se afirmar que as políticas de saúde implantadas a partir de 1910 atuaram diretamente na penetração do Estado no território brasileiro, sendo a política de saúde pública e nacional resultado de amplo processo de negociação e com o desenvolvimento da percepção de responsabilidade do Estado nacional quanto à saúde e ao saneamento (Menicucci; D'Albuquerque, 2018). Uma vez que as políticas de saúde foram historicamente marcadas por disputas entre atores da população e do aparato estatal, bem como da própria estrutura do Estado vigente em cada momento, argumenta-se que é importante examinar a relação entre comunicação e saúde. Os delineamentos das informações públicas moldam as expectativas e percepções da performance governamental, de modo que cidadãos pouco envolvidos no que acontece na comunidade escutam sobre os problemas existentes e, por não terem experiência direta com o tópico, ficam à mercê de percepções de terceiros e crenças pessoais sobre a eficiência das políticas públicas (Ho, Cho, 2017).

Comunicação e Saúde

A trajetória histórica da constituição da relação entre comunicação e políticas públicas de saúde é apresentada no trabalho de Araújo e Cardoso (2007). As autoras apontam que essa relação tem início com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) em 1920, quando a propaganda e a educação sanitária foram incorporadas como estratégia para lidar com questões de saúde, especialmente epidemias e adoção de medidas higiênicas. A possibilidade de identificar agentes causadores para cada doença, juntamente com a compreensão das formas de transmissão e controle de algumas doenças, resultou no redirecionamento de várias ações de saúde pública, deslocando a atenção do ambiente para o indivíduo.

Consequentemente, a dimensão educativa tornou-se mais relevante, pois os indivíduos precisariam corrigir seus hábitos tidos como nefastos à saúde. Esse contexto interpretativo ganhou força nas décadas seguintes, levando à formação do binômio educação e comunicação, inicialmente concebida como propaganda, visando garantir o sucesso das políticas públicas de saúde, o que se estendeu ao longo do século XX e, em boa medida, até os dias atuais.

Os anos 1940 consolidaram o papel da educação e da comunicação na saúde e sua articulação com as políticas do setor, com a criação por Getúlio Vargas do Serviço Nacional de Educação Sanitária (SNES), que tinha por objetivo disseminar informações sobre as doenças e os procedimentos de prevenção. Nas décadas seguintes, as concepções de comunicação estiveram sempre presentes na modelagem das políticas públicas de saúde, particularmente naquelas visavam intervir diretamente nos costumes e práticas da população.

Assim, ao longo de diversas transformações, chegamos ao presente momento, no qual as políticas de saúde são atravessadas pelo discurso do direito à informação e comunicação, entendido como indissociável do direito à saúde. Desse modo, é possível distinguir diferentes modelos de comunicação adotados na área da saúde. No âmbito internacional, esse contexto emergiu no pós-guerra, quando nos Estados Unidos discutia-se o potencial das técnicas de propaganda e dos meios de comunicação para manipular as pessoas. Não por coincidência, no Brasil, a saúde pública também vivia um momento de inflexão.

A saúde não foi excluída desse cenário; ao contrário, estava no centro do debate e, após ser o cenário e objeto de campanhas e revoltas nos primeiros anos do século XX, participou ativamente desse movimento, principalmente por meio de um intenso processo de (re)organização dos serviços de saúde, conhecido como Reforma Carlos Chagas (Rossi, 1991). Naquela época, com base nas descobertas da epidemiologia experimental e nas modernas técnicas de administração tayloristas, o modelo médico-sanitário reposicionou o foco da saúde pública do ambiente para o indivíduo, apontando para a necessidade da mudança de comportamento e de hábitos vistos como causa das doenças, e, portanto, indesejáveis à saúde.

Esse modelo ignora os determinantes sociais das doenças, confiando à educação dos indivíduos a superação do atraso e a instalação de condições mais propícias ao progresso. Araújo e Cardoso (2007) pontuam que, a partir de então, o binômio ignorância/maus hábitos, vala comum à qual se destina qualquer resistência ao saber cientificamente orientado, passou a receber o status de uma doença, primeiro como "doença da ignorância" e, mais recentemente, "da desinformação", como que transversal a todas as outras doenças. Não surpreende, portanto, que a educação e a comunicação

tenham sido fortemente associadas à implantação das políticas públicas em saúde, uma concepção que recebeu importantes reforços nas décadas seguintes.

No plano político, a comunicação começou a adquirir *status* de fator estratégico, primeiro com Getúlio Vargas, que buscava legitimar suas medidas autoritárias e de coerção social através dela. No plano das ideias sobre comunicação, a Segunda Guerra Mundial desencadeou um *boom* de pesquisas, a maioria delas sobre a relação entre pessoas e meios de comunicação de massa. No entanto, a que mais impactou a comunicação e saúde foi a teoria matemática, desenvolvida por Shannon e Weaver, que inclui o modelo informacional (emissor → mensagem codificada → canal → mensagem decodificada → receptor), que rapidamente converteu-se em matriz para outros modelos. Assim, ganhando o *status* de matriz, o modelo informacional — chamado assim por seu principal objetivo de transferir informações — moldou o pensamento sobre comunicação no país, influenciando a formação das políticas públicas de saúde.

Esse modelo acabou por induzir educadores, comunicadores, planejadores e gestores da saúde a acreditar que a prática comunicativa se resume à transferência de informações a uma população que nada sabe de relevante sobre os assuntos que dizem respeito à sua saúde e sua vida. Trata-se de uma prática sem escuta e sem diálogo, que atribui o direito de voz e expressão apenas ao emissor (instituições de saúde ou meios de comunicação), silenciando a maioria. Consequentemente, uma parte considerável dos materiais informativos/educativos trata a população como carente e ignorante, reafirmando a diferenciação social e aumentando as condições de exclusão[3].

Por fim, ao preconizar eliminar os "ruídos", esse modelo expurga a diversidade, as diferenças, as muitas vozes sociais que estão presentes em qualquer situação. Além disso, sua linearidade dificulta a compreensão da natureza em rede dos processos comunicacionais. Na perspectiva desenvolvimentista da comunicação, baseada no modelo informacional, acredita-se na possibilidade de transferência de mensagens e, com elas, os significados desejados.

[3]Pontua-se que esse tipo de postura também é identificado em profissionais de saúde, como aponta Coutinho, Costa Filho e Oliveira (2018). Ao realizar uma revisão sistemática sobre câncer de próstata, os autores encontraram relatos de pacientes quanto à comunicação tida com os médicos, em que as descrevem como breves, autoritárias (em alguns casos, em forma de "ameaças") e que permaneciam confusos sobre os detalhes do diagnóstico e protocolos de tratamento.

Outros modelos de comunicação também foram incorporados nas políticas de saúde. Há casos como o do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERU), criado em 1956, que adotava a perspectiva de Paulo Freire, que equipara os polos da relação comunicativa. Há também a perspectiva da comunicação em dois fluxos, conhecida como *two step flow*, na qual uma mensagem passa por uma série de indivíduos, sejam eles agentes comunitários de saúde, profissionais da área, que atuam como recodificadores mais eficientes de conteúdo ou como "tradutores" da mensagem, especialmente no contexto da saúde.

Quanto à bibliografia sobre o caráter histórico do campo da Comunicação em Saúde, Alves (2015) observa que a discussão trata, majoritariamente, de uma análise retrospectiva do desenvolvimento da publicidade em saúde no Brasil. Assim, marcos históricos referentes ao modelo campanhista, como a intensificação do uso da propaganda com intuito de educação sanitária em 1920, podem ser entendidos como formadores da comunicação em saúde, mas também da publicidade em saúde, uma vez que o centro da comunicação em saúde é marcado pela publicidade (Silva, 2012). Os achados de Pessoni (2005) contribuem com essa perspectiva, dado que parte considerável das teses e dissertações brasileiras que versam sobre Comunicação e Saúde tratam de campanhas específicas, ou sobre como determinada situação de saúde foi abordada por um meio (e.g. rádio, televisão etc.) ou uma empresa de comunicação (e.g. Veja, Folha de S. Paulo etc.).

Isso posto, no contexto atual, embora ainda predomine uma comunicação campanhista na saúde, ela não é dissociada da noção de direito e objetiva tanto o aperfeiçoamento de um sistema público de saúde em todas suas dimensões quanto a participação efetiva das pessoas. Em outras palavras, a comunicação em saúde atual não pode se limitar à persuasão como estratégia, nem apenas à ideia de divulgação, mas deve atender às necessidades informativas da população tanto no que diz respeito à promoção de saúde quanto em fornecer bases para a participação da população no sistema de saúde (Araújo; Cardoso, 2007; Alves, 2015).

Metodologia

A partir do levantamento exposto até o momento, identifica-se a possibilidade de afirmar a relação entre comunicação e política pública, especialmente no caso da área da Saúde. Desse modo, visa-se explorar a possibilidade de análise desse vínculo. A fim de facilitar a compreensão, os procedimentos metodológicos serão divididos em dois grupos: os relacionados à coleta e os relacionados à análise.

Procedimentos de Coleta

O banco de dados utilizado para a análise foi coletado no sítio virtual de Acesso à Informação do Governo Federal, na parte de Download de Dados da seção de Busca de Pedidos e Respostas. Neste ambiente, são disponibilizados bancos de dados sobre os pedidos, os solicitantes e os recursos direcionados ao Poder Executivo Federal por meio do e-SIC, desde 2015. Tais arquivos são organizados por ano e por conteúdo, em uma planilha para os detalhes dos pedidos, outra para as características dos solicitantes e mais uma para os recursos.

Dado que a pesquisa trabalha com conjuntos de dados diferentes, foi necessário agrupar as informações dos pedidos e dos solicitantes em um único arquivo a fim de possibilitar a análise. Para realizar a mesclagem dos bancos de dados utilizou-se a linguagem R com as funções "bind rows" e "left outer join". Feito isso, o *corpus* da pesquisa conta com 26.383 solicitações do período de julho de 2015 a junho de 2021, o que corresponde a 99,22% dos pedidos realizados durante o recorte temporal. Os pedidos ausentes são aqueles que contém alguma informação restrita seja pessoal ou sigilosa.

Procedimentos de Análise

Para a análise, foi elaborado um dicionário de termos através da leitura individual de uma amostra estatisticamente significativa de 3603 pedidos, o que representa intervalo de confiança de 99% e margem de erro de 2%. Durante a leitura, buscou-se identificar menções a doenças nos pedidos de acesso à informação, e anotou-se os termos utilizados para em seguida utilizá-los como índices de busca no *corpus* da

pesquisa. Os termos são apresentados no quadro 1, em que são relacionados os temas das campanhas de comunicação realizadas pelo Ministério da Saúde durante o período observado.

Quadro 1 Descrição das campanhas e elementos dos dicionários de termos

Campanhas		**Agrupamento**	**Termos de busca nos pedidos**
FEBRE AMARELA		ARBOVIROSES	Aedes Aegypti; arboviroses; Chicunguya; chikungunha; Chikungunya; chikungunya; chikunngunha; dengue; Dengue; DENGUE; Elefantíase; elefantíase; febre amarela; Febre Amarela; Febre do Nilo Ocidental; Febre por vírus do nilo; malária; MALÁRIA; Malária; Malárias; microcefalia; microcefalia associados à Zikavírus; para Zika; zica; Zica; zika; Zika; Zika Virus; zika virus; ZIKA VÍRUS
DENGUE	DENGUE -2015-2016 ZIKA ZERO -2016-2017		
MALÁRIA			
MOSQUITO	COMBATE AO MOSQUITO -2017 -2018		
	COMBATE AO MOSQUITO -2017-2018 -2018-2019		
	MOSQUITO -2018 – 2019 -2019 – 2020 -2019 - 2020 – REFORÇOS -2020 - 2021		
COMBATE AO CÂNCER		CÂNCER	cancer; câncer; Câncer; cancer bucal; cancer cervical; câncer de bexiga; cancer de colo de útero; câncer de colo de útero; cancer de intestino; cancer de mama; câncer de mama; Câncer de mama; câncer de ovário; cancer de pele; Câncer de pênis; cancer de prostata; Câncer de próstata; cancer de pulmão; câncer de pulmão; câncer de testículo; Câncer na bexiga; câncer nos testículos; cânceres hematológicos; carcinoma; leucemia; linfoma folicular de células B; Linfoma não-Hodgkin difuso de grandes células; linfomas; melanoma; mesotelioma pleural; mioma uterino; reticulossarcoma ou sarcoma de células reticulares; sarcomas; tumor de testículo; tumores cerebrais
DIA NACIONAL DE COMBATE AO CÂNCER			

Campanhas	Agrupamento	Termos de busca nos pedidos
CORONAVÍRUS -ATENDIMENTO IMEDIATO -Esclarecimento -SECOM - VACINAÇÃO - PREVCOV	CORONAVÍRUS	covid; COVID; coviD; COVID 19; sindrome respiratória aguda grave
VACINAÇÃO CONTRA INFLUENZA	GRIPE	gripe; gruipe; h1n1; H1N1; H3N2; influenza; Influenza; Influeza; sindrome gripal
VACINAÇÃO GRIPE		
VACINAÇÃO INFLUENZA		
MVB VACINAÇÃO CONTRA GRIPE		
MVB - GRIPE AM E PA		
HANSENÍASE, VERMINOSES E TRACOMA	HANSENÍASE, VERMINOSES OU TRACOMA	ancilostomíase; ascaridíase; Ascaris Lumbricoides; cisticercose; Echinococcosis; Echinococcus granulosus; Esquisitomose; esquistossomose; Esquistossomose; esquitosomose; Filaríose linfática; Giardia Lamblia; giardíase; hanseniase; Hanseniase; hanseníase; HANSENÍASE; Hantavirose; hantavirose; Hantavírus; hantavírus; Helmintíases; Lepra; Onchocerciasis (river blindness); oxiuríase; Schistosoma Mansoni; Taeníase; teníase; toxoplasmose; toxoplasmose congenita; toxoplasmose gestacional; Tracoma; tricuríase; verminose
HANSENÍASE		
HEPATITES VIRAIS	HEPATITES VIRAIS	hapatite B; hepatite; Hepatite; hepatite A; hepatite a; hepatite B; HEPATITE B; hepatite b; hepatite C; HEPATITE C; Hepatite C; hepatite c; hepatite E; Hepatite E; hepatite infecciosa; hepatiteC; Hepatites; Hepatites virais; Hepatites Virais; hepatites virais.; hepatitte b; hepetite c
AIDS - CARNAVAL - DIA MUNDIAL - FESTAS	IST	AIDS; Aids; aids; aids/hiv; CITOMEGALOVÍRUS; clamídea; Clamídia; DST; gonorreia; hiv; HIV; hiv/aids; HIV/aids; HIV/AIDS; HIV/Aids; HIV/AIDS; HPN; hpv; HPV; HTLV; ists; ISTs; outras DSTs; papiloma vírus; sifilis; sífilis; SÍFILIS; Sífilis; sífilis congenita
CAMPANHA PERMANENTE HIV E IST		
CARNAVAL		
PREVENÇÃO ÀS IST		
HPV — VACINAÇÃO HPV		
HPV — VACINAÇÃO CONTRA O HPV E MENINGOCÓCICA		
TUBERCULOSE	TUBERCULOSE	tuberculose; Tuberculose

A análise se dá de forma automatizada utilizando a linguagem de programação Python, especificamente os pacotes “pandas” e “stats”, seguido por uma análise

estatística para verificar a alteração na frequência de pedidos no período da respectiva campanha.

Resultados

A possibilidade de as campanhas impactarem na busca por informações realizada pela população por meio dos pedidos de acesso à informação é testada pelo método do qui-quadrado (X^2), teste esse Sque é indicado para o objetivo de nossa análise (Cervi, 2019). Os resultados dos testes para cada campanha, bem como o nível de significância encontrada (p-value), são apresentados na tabela 1.

Tabela 1 Qui-quadrado das campanhas com a quantidade de pedidos de informação

Campanha	X^2	p-value
Arboviroses	72,7575	1,466e-17
Câncer	1,9892	0,1584
Coronavírus	3632,5865	0,0
Gripe	12,4727	0,0004
Hanseníase, Verminoses ou Tracoma	0,5448	0,4605
Hepatites Virais	6,9953	0,0082
IST	0,2126	0,6448
Tuberculose	0,7603	0,3832

Adotando nível de significância de 0,05, encontra-se que as campanhas que apresentaram valores estatisticamente significativos foram as a de arboviroses, gripe e a de hepatites virais. Além disso, sabe-se, a partir das característica dos dados testados (serem ambas variáveis binárias), os testes dispõem de uma unidade como grau de liberdade. Logo, entende-se que, para as campanhas que se mostraram estatisticamente significativas, pode-se dizer que há associação entre a relação de campanhas e a busca por informações por pedidos de acesso à informação nos casos das campanhas de arboviroses e de gripe. Os achados sugerem uma relação entre essas campanhas e o aumento na busca por informações através dos pedidos de acesso à informação. Tais resultados demonstram a importância dessas campanhas na conscientização e na mobilização da população em relação à saúde pública por meio da comunicação.

Conclusão

O presente estudo encontra relação entre comunicação e saúde, ou seja, revela a rejeição da hipótese nula no contexto das campanhas de arboviroses e gripe, evidenciando um aumento significativo na busca por informações. Todavia, não se especifica a natureza exata das informações acessadas. Ademais, destaca-se a existência de uma correlação entre comunicação e saúde, embora a qualificação desse efeito e sua aplicabilidade universal para todos os casos estudados permaneçam indeterminadas.

Cabe, contudo, compreender que a Lei de Acesso à Informação (LAI) pode por si só ser compreendida com uma política pública. Ela entrou na agenda política, principalmente, para responder à pressão internacional, sendo que seu projeto foi elaborado por uma instituição internacional (Unesco) em parceria com um órgão brasileiro (CGU).

O projeto dessa lei foi desenvolvido com orientações que guiaram sua implementação que começou no início de 2012. Por ser uma lei geral, foram elaborados outros mecanismos legais e administrativos foram elaborados para regulamentá-la, garantindo assim seu cumprimento. O monitoramento, por sua vez, é realizado pelos respectivos órgãos de cada poder, em cada esfera. Por exemplo, o acompanhamento do trabalho do Poder Executivo Federal é realizado pela CGU. Sobre a última etapa — extinção ou não desta política — não foram observadas discussões. Acredita-se, no entanto, que seu caráter regulatório, a pressão internacional que a fundamentou e sua importância para a consolidação da democracia são razões para manter a lei (Martin *et al.*, 2018).

Logo, o presente trabalho demonstra a possibilidade de utilização de dados uma política pública como mecanismo de análise (variáveis proxy) para uma outra política pública. Contribui-se com a etapa de análise do ciclo das políticas públicas, uma vez que se possibilita a obtenção de outros tipos de dados para a avaliação de uma política pública cujo um dos objetivos historicamente construídos é a capacidade de instruir a população.

Por fim, a presente pesquisa corrobora com a perspectiva de que as políticas de saúde foram historicamente marcadas por disputas entre atores da população e do aparato estatal bem como da própria estrutura do Estado vigente em cada momento. Isso pode ser identificado facilmente ao observar a demora na construção de campanhas de saúde para a situação de pandemia de coronavírus e as disputas relacionadas à comunicação na pasta da saúde relatadas por Mandeta (2020) e Braga (2020). As breves pontuações históricas traçadas no trabalho corroboram com a constatação de Menicucci e D'Albuquerque (2018) de que o que coloca algum tema ou situação problemática na agenda governamental não é sua natureza ou gravidade, mas quando atores políticos, governamentais e não governamentais, transformam essa situação em problema político, ou seja, um problema que deve merecer a intervenção governamental por meio de uma política pública.

Referências

ABREU, J. L. N.; NOGUEIRA, A.; KURY, L. Na saúde e na doença: enfermidades, saberes e práticas de cura nas medicinas do Brasil Colonial (séculos XVIXVIII). *In*: TEIXEIRA, L. A.; PIMENTA, T. S.; HOCHMAN, G. (Org.) **História da saúde no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2018.

ALVES, M. R. A. B. **PUBLICIDADE GOVERNAMENTAL DE UTILIDADE PÚBLICA EM SAÚDE:** configuração do circuito das práticas de produção na realização de uma campanha publicitária pelo Ministério da Saúde. 2015. Dissertação (Mestrado em Informação e Comunicação em Saúde) — Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, 2015.

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

BRAGA, Ugo. **Guerra à saúde: como o Palácio do Planalto transformou o Ministério da Saúde em inimigo público no meio da maior pandemia do século XXI**. São Paulo: LeYa Brasil, 2020.

CANÇADO, A. C.; BARROS, F. S.; BARROS, F. S. POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL: revisão sistemática da literatura. **Revista Observatório**, v. 7, n. 1, p. a14pt, 2021. DOI: doi.org/10.20873/uft.2447-4266.2021v7n1a14pt. Disponível em:

sistemas.uft.edu.br/periodicos/index.php/observatorio/article/view/10051/19030. Acesso em: 5 maio 2024.

CARNEIRO, J. L. S.; NETTO, F. **Saúde Coletiva**. São Paulo, Medcel, 2020.

CERVI, E. U. **Manual de métodos quantitativos para iniciantes em Ciência Política**. Vol. 2. Curitiba: CPOP, 2019. 1ª edição.

COUTINHO, M. P. L.; COSTA FILHO, J. A.; OLIVEIRA, A. R. A relação entre masculinidade e câncer de próstata: uma revisão sistemática. **Revista Principia**, n. 43, 2018. DOI: dx.doi.org/10.18265/1517-03062015v1n43p11-22. Disponível em: periodicos.ifpb.edu.br/index.php/principia/article/download/2278/951. Acesso em: 5 maio 2024.

FONSECA, C. A história da política de saúde no Brasil (1889-1945): interpretações e trajetórias. *In*: TEIXEIRA, L. A.; PIMENTA, T. S.; HOCHMAN, G. (Org.) **História da saúde no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2018.

HO, A. T. K.; CHO, W. Government Communication Effectiveness and Satisfaction with Police Performance: A Large-Scale Survey Study. **Public Administration Review**, v. 77, n. 2, p. 228-239, 2017. DOI: doi.org/10.1111/puar.12563.

MANDETTA, Luiz Henrique. **Um paciente chamado Brasil: os bastidores da luta contra o Coronavírus**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2020.

MARTIN, D. G. *et al*. Lei De Acesso À Informação Brasileira A Partir De Uma Revisão Sistemática Da Literatura. **Nucleus**, Ituverava, v. 15, n. 2, p. 163-176, 2018.

MENICUCCI, T.; D'ALBUQUERQUE, R. Política de saneamento vis–à-vis à política de saúde: encontros, desencontros e seus efeitos. *In*: HELLER, L. (Org.). **Saneamento como política pública:** um olhar a partir dos desafios do SUS. Rio de Janeiro: Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz/Fiocruz, 2018.

PESSONI, A. **Contribuições da COMSAÚDE na construção do conhecimento em Comunicação para a Saúde: resgate histórico e tendências dessa linha de pesquisa**. 2005. Tese (Doutorado em Comunicação) — Programa de Pós-Graduação em Comunicação Social da Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo do Campo, 2005.

PIMENTA, T. S.; GOMES, F.; KODAMA, K. Das enfermidades cativas: para uma história da saúde e das doenças do Brasil escravista. *In*: TEIXEIRA, L. A.; PIMENTA, T. S.; HOCHMAN, G. (Org.) **História da saúde no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2018.

PITTA, A. R. Por uma política pública de comunicação em saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 85-93, 2022. DOI: doi.org/10.1590/S0104-12902002000100009. Disponível em:

scielo.br/j/sausoc/a/gWsKwJMHrPQZbmM6LrP3gBD/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 5 maio 2024.

ROSSI, M. J. S. Espaço: poder e saúde - a reforma de Carlos Chagas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 44, n. 1, 1991. DOI: /doi.org/10.1590/S0034-71671991000100015.

SANGLARD, G.; FERREIRA, L. O. Caridade & filantropia: elites, estado e assistência à saúde no Brasil. *In*: TEIXEIRA, L. A.; PIMENTA, T. S.; HOCHMAN, G. (Org.) **História da saúde no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2018.

SIGNATES, L. Comunicação como política pública: da abrangência teórica às questões políticas? **Ser**, v. 1, n. 1, 2009.

SILVA, M. C. P. **AIDS na Cibercultura:** a midiatização da doença nas redes sociais online do Ministério da Saúde. 2012. Dissertação (Mestrado em Comunicação) — Faculdade de Comunicação, Universidade de Brasília, 2012.

SOUTO, E. *et al*. Hesitação vacinal infantil e COVID-19: uma análise a partir da percepção dos profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 40, n. 2, 2024. DOI: doi.org/10.1590/0102-311XPT061523. Disponível em: cadernos.ensp.fiocruz.br/ojs/index.php/csp/article/view/8535/19018. Acesso em: 5 maio 2024.

SOUZA, J. R. F.; BATISTA, L. F.; HELAL, D. H. Sobre implementação de políticas públicas: uma revisão sistemática da literatura e agenda de pesquisas. **Revista Sociedade e Estado**, v. 37, n. 2, p. 457-487, 2022. DOI: doi.org/10.1590/s0102-6992-202237020004. Disponível em: scielo.br/j/se/a/dSXcC7gdLqHYRzhGdTBPqjm/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 5 maio 2024.