



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
LABORATÓRIO DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM ANÁLISES CLÍNICAS

Marina de Moraes Carvalho da Silva

DIFERENÇAS E SEMELHANÇAS LINGUÍSTICAS NAS CAMPANHAS DE SAÚDE:
uma análise linguística das campanhas de gripe A (H1N1)

Rio de Janeiro
2012

Marina de Moraes Carvalho da Silva

DIFERENÇAS E SEMELHANÇAS LINGUÍSTICAS NAS CAMPANHAS DE SAÚDE:
uma análise linguística das campanhas de gripe A (H1N1)

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
como requisito parcial para aprovação no curso
técnico de nível médio em saúde com habilitação em
Análises Clínicas.

Orientadora: Viviane dos Ramos Soares

Co-Orientadora: Luciana Maria da Silva Figueiredo

Rio de Janeiro

2012

Marina de Moraes Carvalho da Silva

DIFERENÇAS E SEMELHANÇAS LINGUÍSTICAS NAS CAMPANHAS DE SAÚDE:
uma análise linguística das campanhas de gripe A (H1N1)

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
como requisito parcial para aprovação no curso
técnico de nível médio em saúde com habilitação em
Análises Clínicas.

Aprovado em ____ / ____ / ____

BANCA EXAMINADORA

(Viviane dos Ramos Soares – FIOCRUZ/EPSJV/ LABFORM)

(Luciana Maria da Silva Figueiredo - FIOCRUZ/EPSJV/ LABFORM)

(Maria Inês Castro Azevedo - FIOCRUZ/EPSJV/ LABFORM)

AGRADECIMENTOS

Este trabalho foi possível graças ao auxílio de várias pessoas e instituições, sem as quais eu não teria tido condições de desenvolvê-lo até o fim. A todas elas, quero expressar meus sinceros agradecimentos:

À Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, que me proporcionou o Ensino Médio e Técnico, novas formas de observar, analisar e criticar o mundo e, com certeza, a chance de realizar este trabalho.

Aos professores dessa escola, por compartilharem seus saberes comigo.

As minhas orientadoras Viviane Soares e Luciana Figueiredo, por terem me orientado durante essa jornada, com suas sugestões e indicações de textos, sempre com muito carinho e simpatia. Pela atenção que dedicaram, apontando melhores perspectivas de desenvolvimento dele e suportando minhas manhas e atrasos.

Aos meus colegas de classe, com quem eu dividi momentos alegres e tristes, dificuldades e conquistas, risos e choros, e que têm um lugar especial no meu coração.

A minha família, por ter me apoiado nas horas mais difíceis, pelo incentivo a estudar nessa escola e pelo amor e dedicação que me deram e ficaram comigo sempre.

Por fim, agradeço a Deus, pois sem Ele nada nessa vida é possível.

RESUMO

A comunicação em saúde é de extrema importância para o campo da saúde pública, tendo o papel de garantir a compreensão das medidas de promoção e prevenção adotadas, tanto por parte da população quanto dos governantes. Mesmo considerando-se um assunto similar, as informações transmitidas, ou o peso dado a elas, varia de país para país, graças a diferenças no entendimento sobre o conceito de saúde, assim como em seus aspectos linguísticos. Este estudo buscou avaliar as diferenças e semelhanças entre as produções em comunicação em saúde do Brasil e do Reino Unido, através da comparação entre as campanhas de saúde produzidas pelo governo desses países para seus sistemas de saúde, o SUS e o NHS respectivamente, sobre a gripe A(H1N1), veiculadas entre 2009 e 2011, sob uma perspectiva linguística. Para tanto, fez-se uma apresentação sobre os sistemas citados e sobre a doença. Foi dada preferência às peças¹ impressas, especialmente cartazes, devido à maior facilidade de obtenção desse tipo de material. Após a análise, constatou-se não haver diferenças significativas entre as campanhas do ponto de vista linguístico, sendo que as identificadas resultam de fatores outros não priorizados neste trabalho. O estudo ajudou na compreensão do processo da comunicação em saúde dentro dos sistemas avaliados.

Palavras-Chave: Campanhas de Saúde. Sistemas de Saúde. Gripe A(H1N1).

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1: Banner da 1ª fase da campanha.....	25
--	----

¹ Componente individual (cartaz, panfleto, comercial de TV, etc) de uma campanha publicitária.

Ilustração 2: <i>Banner</i> da 2ª fase da campanha (prevenção).....	27
Ilustração 3: <i>Banner</i> da 2ª fase da campanha (vacinação).....	29
Ilustração 4: Cartaz da campanha contra a gripe sazonal (2009).....	30
Ilustração 5: Cartaz da campanha de vacinação do Reino Unido 1.....	31
Ilustração 6: Cartaz da campanha de vacinação do Reino Unido 2.....	32
Ilustração 7: Cartaz da campanha sobre gripe sazonal do Reino Unido (2011).....	34

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	8
--------------------------	----------

2 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	11
3 NATIONAL HEALTH SERVICE.....	17
4 GRIPE A(H1N1).....	21
5 ANÁLISE DAS CAMPANHAS DE SAÚDE DE A(H1N1) NO BRASIL E NO REINO UNIDO.....	24
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	36
7 REFERÊNCIAS.....	37

1 INTRODUÇÃO

A comunicação é um instrumento vital das sociedades humanas, na medida em que o homem consegue estabelecer relações com seus semelhantes através da troca de informações, opiniões, valores, conhecimentos, entre outros. Nesse sentido, ela está presente em vários âmbitos da vida: nos relacionamentos interpessoais, na mídia, na publicidade, na escola, na saúde e em muitos outros meios (ARAÚJO, 2007).

Cabe destacar que, no campo da saúde em particular, a comunicação é de suma importância. Portanto, é imperioso entender os mecanismos que viabilizam, auxiliam ou dificultam a compreensão da mensagem pelo receptor, levando-se em conta desde o modo como um médico questiona seu paciente para identificar a doença que este tem até campanhas de conscientização para a população. Caso contrário, a falta desse entendimento pode acarretar prejuízos ao caráter educativo da comunicação em saúde.

Quando se pensa nas informações que os governos, orientados pelas políticas públicas de saúde, divulgam à sociedade, a importância de compreender o modo como esses dados são transmitidos se torna ainda maior, em razão da necessidade do seu grande alcance enquanto material educativo. A esse respeito, pode-se notar que essas informações são veiculadas diferentemente de país para país, mesmo quando se trata de um tema em comum (como, por exemplo, a gripe A H1N1), por causa, principalmente, de diferenças conceituais, como o entendimento de *saúde* e de *comunicação em saúde*, e estruturais, como as diferenças linguísticas.

Por diferenças linguísticas, entende-se alterações provocadas pelo próprio idioma em que o texto foi produzido, incluindo estruturas frasais, mudanças de significados, figuras de linguagem, gírias, entre outros. Além dessas diferenças, deve-se levar em conta que as línguas também refletem aspectos geopolíticos, tais como cultura e interpretação da realidade dos povos a elas associados (RAJAGOPALAN, 2005).

A fim de compreender as diferenças apontadas na seção anterior e seus impactos na comunicação em saúde, o objetivo geral deste trabalho é analisar e comparar campanhas da gripe A (H1N1) veiculadas no Brasil e no Reino Unido², publicadas entre 2009 e 2011. Para alcançar esse fim, fez-se necessário:

² Território formado pela Inglaterra, Escócia, País de Gales e Irlanda do Norte.

- Conceituar o SUS (Sistema Único de Saúde) e o NHS (*National Health Service*)³, apresentando um breve histórico, objetivos e fundamentos;
- Definir o que são campanhas de saúde: seus objetivos, estruturas e recursos;
- Apresentar um quadro geral da gripe A (H1N1): a doença em si, a pandemia⁴ e a repercussão que ela teve.

Com o desdobramento desses objetivos específicos, há duas questões que se fazem presentes ao longo de todo o estudo:

- Existem diferenças linguísticas relevantes entre as campanhas? Se sim, como elas afetam o entendimento dos textos? Se não, por que elas são tão parecidas?
- Como os fatores geopolíticos interferem na construção dos textos abordados?

A escolha das campanhas de saúde como gênero textual a ser analisado deve-se ao fato destas serem um recurso amplamente utilizado pelos governos para a divulgação de informações e na promoção da saúde, por terem tanto uma linguagem de fácil compreensão quanto por serem muito acessíveis à população. Foram priorizadas as de meio escrito, devido à facilidade de obtenção de material em comparação a campanhas televisivas e de rádio.

O foco deste estudo são campanhas sobre gripe A (H1N1) - informações gerais, hábitos preventivos, vacinação - veiculadas durante os anos de 2009 a 2011, uma vez que essa doença ganhou destaque no período citado, tendo sido caracterizada como uma pandemia com risco de evoluir para uma crise semelhante à gripe espanhola⁵.

No que diz respeito aos países de veiculação dessas campanhas, essa escolha está intimamente relacionada a outros fatores de diferenciação na comunicação em saúde (conceitos de saúde e de comunicação em saúde), os quais não podem ser ignorados. Para diminuir a influência dessas variáveis, os países escolhidos para a análise foram Brasil e Reino Unido, pois seus sistemas de saúde (SUS e NHS, respectivamente) são similares, pressupondo-se, assim, que as concepções citadas anteriormente sejam semelhantes. Ademais, foram considerados os próprios idiomas a serem comparados, que serão o português e o inglês, já que o Brasil tem o português como língua oficial, e é, portanto, minha língua materna; e o Reino Unido tem como idioma oficial a língua inglesa, na qual eu possuo boa

³ Serviço Nacional de Saúde, sistema de saúde do Reino Unido.

⁴ Epidemia com larga distribuição geográfica, atingindo mais de um país ou continente (PEREIRA, 2007).

⁵ Variação altamente virulenta da gripe, que se disseminou no mundo em 1918 e causou milhões de mortes.

fluência e, além disso, é bastante difundida em outros países (LACOSTE, 2005). Inclui-se ainda a facilidade de obtenção de material de análise, tanto teórico quanto as próprias campanhas, em ambos os países.

A metodologia do trabalho consistiu, basicamente, de revisão bibliográfica sobre o assunto, para a formação de uma base teórica, seguida de uma análise comparativa entre as campanhas. Essa análise fundamentou-se em alguns aspectos, tais como: intenção comunicativa, seleção vocabular, relação das imagens presentes com os textos e a compreensão da mensagem pelo público alvo.

O segundo capítulo trata do SUS, apresentando um breve histórico das políticas de saúde no Brasil desde o início do século XX até hoje para contextualizar sua criação, além de mostrar os princípios e diretrizes que regem esse sistema. O terceiro fala sobre o NHS, através de um resumo da história desse sistema, seguido de uma apresentação de sua organização interna. O capítulo 4 aborda as origens, disseminação e medidas de contenção tomadas no Brasil e no Reino Unido para a gripe A(H1N1). O quinto capítulo apresenta a análise propriamente dita, e o sexto encerra o trabalho com as considerações finais.

2 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O Sistema Único de Saúde (SUS) é o sistema do governo federal para a saúde pública brasileira. Ele foi idealizado na Constituição de 1988, nos artigos 198 e 200, e instituído oficialmente pela Lei Orgânica da Saúde (nº 8080), que o define como (BRASIL, 1990): “Art. 4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas

federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público (...).”

Sua criação está diretamente relacionada às turbulências do sistema de saúde na década de 1970 (relacionada à crise econômica da época) e ao Movimento da Reforma Sanitária na década de 1980, que visava à transformação do sistema de saúde da época, sob uma crença na importância da saúde pública para a construção de uma sociedade mais justa, democrática e igualitária (SILVA; LIMA, 2005). Para explicar melhor esse contexto, é preciso apresentar um breve histórico das políticas de saúde no Brasil.

As primeiras políticas de saúde no Brasil surgiram a partir da vinda da Família Real, em 1808, com a fundação da primeira faculdade de medicina do país e a primeira regulamentação da profissão médica. No entanto, medidas no âmbito da saúde pública só passaram a ganhar destaque no início do século XX. No Rio de Janeiro especificamente, teve relevância a figura de Oswaldo Cruz, que, seguindo um plano de modernização da cidade promovido pelo então prefeito Pereira Passos, implementou, entre outras medidas, projetos de pesquisa sobre as doenças mais epidêmicas e campanhas de vacinação. O caráter obrigatório destas, no entanto, aliado à falta de informações sobre as medidas levou a população temerosa a se revoltar, no que ficou conhecido como a Revolta da Vacina.

No período comentado acima, as maiores preocupações do Estado nesse âmbito eram o controle de epidemias e o saneamento das cidades, com a assistência à saúde relegada ao setor privado. Assim, a maior parte da população, por não ter recursos para custear os tratamentos necessários, se sentia abandonada pelo poder público.

A primeira medida que buscou mudar esse quadro foi a lei Eloy Chaves (1923), a qual regulamentava a formação das CAPs⁶, seguros fornecidos pelas empresas a trabalhadores de setores mais organizados, como os ferroviários e os marítimos. Os segurados recebiam socorros médicos, medicamentos, aposentadorias e pensões para herdeiros (BAPTISTA, 2005). Esse sistema, mais tarde, inspirou a política de proteção social de Getúlio Vargas, nos anos 30.

Após assumir o poder, Getúlio instituiu uma série de medidas para regular a classe trabalhadora, entre elas os IAPs⁷, que eram, segundo Baptista (2005, p. 17), “um primeiro esboço do sistema de proteção social brasileiro”. Eles funcionavam como os CAPs, tendo um

⁶ Caixas de Aposentadorias e Pensões.

⁷ Institutos de Aposentadorias e Pensões.

IAP diferente para cada categoria profissional, com a diferença de que era o governo, e não as empresas, que financiava o sistema. Além disso, o trabalhador precisava ter uma Carteira de Trabalho assinada para receber o benefício, o que excluía categorias que não as recebiam, como trabalhadores rurais e profissionais liberais. Isso também excluía o trabalhador do direito à assistência em saúde em geral. Por fim, os IAPs não distribuíam os benefícios igualmente, portanto as categorias mais ricas (que podiam contribuir mais) recebiam mais auxílio do que outras.

Em 1953, durante o segundo mandato de Vargas, é criado o Ministério da Saúde, que passa a ser responsável pelas medidas em saúde de âmbito sanitarista/preventivo. Ainda na década de 1950, mais especificamente no final, com o crescimento dos centros urbanos, o governo, sob a presidência de Juscelino Kubitschek, passa a formar convênios com empresas para atender à crescente demanda da população por serviços de saúde, levando ao encarecimento da assistência social e à valorização do hospital como principal referência na assistência à saúde (BAPTISTA, 2005), o que serviria de base para o modelo hospitalocêntrico⁸.

Durante a ditadura militar (1964-1985), uma série de mudanças ocorreu nas políticas de saúde promovidas pelo Estado. Primeiramente, as IAPs foram unificadas no INPS⁹, o que uniformizou os benefícios recebidos pelos trabalhadores, incomodando as categorias mais ricas, e diminuiu o contato da classe trabalhadora com as decisões tomadas. Outra mudança foi o aumento dos gastos no setor devido à inclusão de outras categorias no recebimento dos benefícios sociais, o que levou o governo a permitir uma participação ainda maior da rede privada no controle dos serviços de saúde. Com isso, os governantes desse período passaram a tratar o setor da saúde com descaso, causando um agravo no quadro social.

Na tentativa de resolver os problemas citados anteriormente, por volta dos anos 70, surge o que ficou conhecido como o Movimento da Reforma Sanitária. Seus seguidores queriam reformar o sistema de saúde vigente, através de discussões que colocassem em xeque, sobretudo, as concepções do governo sobre o direito à saúde. Seus principais focos de luta eram a universalização do sistema e da cobertura de saúde, a descentralização administrativa e financeira, bem como o controle social (BAPTISTA, 2005).

⁸ Modelo de assistência à saúde onde os hospitais são privilegiados gestorialmente e financeiramente.

⁹ Instituto Nacional da Previdência Social.

A influência desse movimento já se fez notar nos anos 70, com a criação de diversas políticas de saúde, como o SNS¹⁰, que foi a primeira medida a integrar os três, níveis do governo, o Pias¹¹, um programa sucessivo de universalização da saúde no Nordeste, e o INAMPS¹², que se tornou responsável por coordenar as ações de saúde de âmbito assistencialista (BAPTISTA, 2005). De fato, essas medidas foram um passo para a universalização da saúde. Entretanto, também fortaleceram o setor médico-empresarial, o que foi alvo de críticas dos sanitaristas.

Nos anos 80, a Reforma Sanitária ganhou força e cada vez mais adesão dos sanitaristas. A realização da VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS) representa o ápice da manifestação desses ideais, quando técnicos, gestores e usuários se reuniram para discutir os rumos da política de saúde. Tendo como base o debate do próprio conceito de saúde, a conferência aprovou, por unanimidade, a universalização e o controle social da saúde. Ao contrário de uma visão de saúde apenas como a ausência de doença, o relatório final da VIII CNS (BRASIL, 1986) afirma:

1 - Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, que podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.

2 - Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade.

O relatório serviu como base de pressão política para mudanças na área da saúde no momento de transição da ditadura militar para a Nova República (BAPTISTA, 2005). Graças a isso, ele foi relevante durante a Assembleia Constituinte em 1987/1988, na qual foi adotada uma concepção de saúde bem similar à da VIII Conferência. Além disso, a Constituição de 1988 já começa a definir os moldes para um sistema de saúde único, descentralizado e com participação popular, como os sanitaristas defendiam, criando-se assim o SUS.

Isso não quer dizer que o sistema se consolidou em sua plenitude. Desde a Assembleia, houve resistências quanto à implementação do SUS, tanto por parte do setor privado quanto por dissidências dentro do próprio Movimento Sanitário. Por causa disso, houve uma falta de definição dos aspectos mais práticos do funcionamento do sistema, como

¹⁰ Sistema Nacional de Saúde.

¹¹ Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento.

¹² Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social.

o financiamento e o modo como ocorreria a descentralização, por exemplo. Ao longo dos anos, foram redigidas várias leis que buscaram cobrir essas lacunas, mas o fato é que o SUS é um projeto que está permanentemente em franco processo de construção.

O SUS, atualmente em vigor, é norteado por princípios¹³ e diretrizes¹⁴ gerais. Para que se possa compreender mais tarde como eles afetam diferentes aspectos das políticas de saúde, em particular a comunicação em saúde, é preciso, primeiramente, apresentá-los e explicá-los.

Entre os princípios, o primeiro é o da universalidade, que, segundo Baptista (2005, p.33), “é o princípio fundamental do sistema”. Uma das características mais marcantes do SUS, e que o difere dos sistemas de saúde anteriores do Brasil, é o seu caráter universal, ou seja, todos os cidadãos, independentemente de classe social, vínculos trabalhistas, entre outras diferenças, têm o direito de usufruir dos serviços do sistema em toda sua totalidade, de acordo com suas necessidades.

O segundo princípio é o da integralidade. Segundo Silva e Lima (2005, p.47), “(...), a integralidade é definida como um conjunto articulado de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, individuais e coletivos nos diversos níveis de complexidade do sistema.” Ou seja, esse princípio está relacionado com a articulação entre os diversos serviços, tanto nos níveis governamentais (União, estado e município) quanto os de atenção (primária, secundária e terciária), de modo a se formar uma rede estruturada e capaz de fornecer aos usuários a assistência e promoção da saúde adequadas. Isso tem relevância quando se considera que antes do SUS, as medidas preventivas e as assistenciais eram coordenadas separadamente, com as primeiras sendo ministradas pelo MS¹⁵ e as segundas pelo MPAS¹⁶, através do INAMPS. Com ambos os tipos sendo coordenados pelo mesmo sistema, concentra-se melhor o foco nas necessidades da população, melhorando a eficácia dos serviços.

A equidade é o terceiro dos princípios. Para defini-lo, é preciso compreender que com o conceito ampliado de saúde, entende-se que, devido às diferenças geográficas e socioeconômicas, os diversos grupos populacionais no Brasil possuem necessidades diferentes de saúde. Baseando-se nisso, este princípio afirma que ações diferenciadas em saúde devem ser tomadas de modo a se lidar com essas realidades diferentes, desde o

¹³ Bases teóricas.

¹⁴ Mecanismos para se cumprirem os princípios.

¹⁵ Ministério da Saúde.

¹⁶ Ministério da Previdência e Assistência Social.

atendimento preferencial de alguns pacientes a outros até o deslocamento de verbas maior para áreas mais precárias.

Agora entre as diretrizes, a primeira é a da descentralização. Silva e Lima (2005, p.50) definem descentralização como “(...), transferência de poder do nível central para os outros espaços de poder, garantindo maior controle das instâncias descentralizadas sobre a tomada da decisão.”. Ou seja, ao invés do governo federal tomar todas as decisões, o que generalizaria demais as ações, é dado poder decisório e financeiro aos estados e municípios, de modo que eles possam adotar medidas mais específicas para as populações locais, o que torna as ações em saúde mais adequadas a essas realidades.

A segunda entre elas é a da regionalização. Essa diretriz baseia-se na noção de que as pessoas devem ter acesso aos serviços de saúde não importa onde morem. Assim, se um paciente precisar de um tratamento não disponível em sua localidade, o sistema deve ser capaz de encontrar um local em que esse serviço seja oferecido, o mais próximo possível e o mais rapidamente possível.

A hierarquização é a terceira delas. Segundo essa diretriz, os serviços do SUS são divididos em níveis de atenção, de acordo com o grau tecnológico e especialização. A atenção primária trata da promoção da saúde (medidas preventivas em geral e qualidade de vida) e de exames e tratamentos simples, e seus principais pólos são os postos de saúde. A atenção secundária lida com exames e procedimentos mais especializados, e é centrada nas policlínicas. À atenção terciária cabem os serviços mais complexos tecnologicamente, tendo como base os hospitais. Ao contrário do modelo hospitalocêntrico, os postos de saúde são a base estrutural das redes de serviços, o que em teoria deixa os hospitais apenas com os casos mais urgentes, desobstruindo o atendimento.

Por fim, há a diretriz da participação social. Além da universalização, outra grande inovação do SUS foi levar em consideração o que os usuários julgam ser necessário para eles mesmos, dando a eles o poder de participar das decisões sobre as ações em saúde, juntamente com gestores e profissionais. Isso seria feito através dos conselhos e conferências de saúde, com os primeiros sendo reuniões frequentes entre os usuários e os gestores, de modo a se manter uma fiscalização das ações do governo, e os segundos sendo encontros periódicos nos quais se avaliam as ações em saúde e se propõem novas medidas.

Os modos como esses princípios e diretrizes são efetuados na prática variam por todo o país, conforme a eficácia de seus modelos administrativos. Isso está relacionado com conflitos de interesses diversos, tanto econômicos quanto políticos, que permeiam as decisões tomadas acerca do SUS, e que causam maior impacto pelo fato do sistema ainda estar em construção e de no momento não possuir legislações suficientes para todos os seus aspectos. Com esses pontos explanados, pode-se agora apresentar o outro sistema a ser analisado neste trabalho.

3 NATIONAL HEALTH SERVICE

O Serviço Nacional de Saúde (*National Health Service*, ou NHS) é o sistema de saúde atualmente em vigor no Reino Unido. Ele foi criado em 1948, com a finalidade de oferecer tratamento médico gratuito à população (McDOWALL, 1999). Desde já, deve-se apontar que existe uma diferença crucial entre esse sistema e o visto no capítulo anterior: enquanto o SUS busca abranger todas as medidas em saúde no Brasil em sua gestão, o NHS é responsável apenas pelas práticas assistencialistas, tais como o atendimento médico, cirurgias e exames para diagnóstico. Já as políticas de saúde pública são coordenadas pelo Departamento de Saúde (*Department of Health*).

Esse sistema foi criado dentro de uma série de políticas adotadas pelo governo britânico após a Segunda Guerra Mundial, conhecida como Estado de Bem-Estar Social (*Welfare State*). Esse modelo foi inspirado pela teoria de política de pleno emprego, de John Maynard Keynes¹⁷, que creditava a causa das crises do capitalismo às demissões em massa ocorrentes durante períodos de recessão da economia, o que diminuiria a quantidade de consumidores até o ponto que não houvesse mais procura suficiente para cobrir a oferta das empresas, levando estas à falência. Para evitar essa situação, o Estado teria de garantir ofertas de trabalho para toda a população, mesmo que isso significasse uma sobrecarga dos gastos públicos. Assim, o Estado de Bem-Estar Social visava atender às necessidades da população através da assistência do Estado em áreas como emprego, educação e saúde, de modo a evitar futuras crises no sistema capitalista e conter o avanço do ideário socialista, no contexto da Guerra Fria.

No Reino Unido, o NHS foi a expressão no campo da saúde desse tipo de Estado. Ao longo das décadas antes de sua implantação, o governo britânico vinha expandindo sua rede de seguro de saúde para os trabalhadores, aumentando a abrangência e os serviços prestados. No entanto, às vésperas da Segunda Guerra Mundial, nem metade da população era beneficiada (ROEMER, 1991).

Na tentativa de compreender as necessidades da população em relação à seguridade social, um comitê foi instituído com essa finalidade, liderado por Sir William Beveridge. O trabalho desse grupo culminou no Relatório Beveridge, de 1942, uma série de apontamentos sobre os problemas nos serviços e de sugestões para melhorá-los. Na parte sobre serviços de saúde, esse documento apresentou a primeira proposta do que viria a se tornar o NHS. Em suas próprias palavras, esse texto afirma (BEVERIDGE, 1942, p.11):

Medical treatment covering all requirements will be provided for all citizens by a national health service organised under the health departments and post-medical rehabilitation treatment will be provided for all persons capable of profiting by it.¹⁸

E ainda (BEVERIDGE 1942 apud ROEMER, 1991, p.193):

A comprehensive national health service will ensure that for every citizen there is available whatever medical treatment he requires, in whatever form he requires it, domiciliary or institutional, general, specialist, or consultant, and will ensure also

¹⁷ Economista britânico do início do século XX.

¹⁸ Tratamento médico cobrindo todas as necessidades será fornecido por um serviço nacional de saúde organizado sob os departamentos de saúde e tratamento de reabilitação pós-médica será oferecido para todas as pessoas que dele puderem se beneficiar.

the provision of dental, ophthalmic and surgical appliances, nursing and midwifery and rehabilitation after accidents.¹⁹

Essas propostas foram implementadas através do Ato do Serviço Nacional de Saúde, de 1946, que entrou em vigor em 1948.

Durante as décadas seguintes, o sistema funcionou com relativa eficácia. No entanto, no final da década de 70, houve o aumento nos custos de manutenção do sistema devido ao envelhecimento populacional e à crise do capitalismo na época. Isso, aliado ao aumento das filas de espera a um ponto insuportável e às constantes queixas sobre a ausência de escolha do consumidor gerou uma crise no NHS. Para resolver a situação, nos anos 80, o governo, sob o mandato de Margareth Thatcher, adotou uma série de reformas a fim de cortar gastos, o que levou a um aumento da participação do setor privado na área da saúde. As medidas tomadas conseguiram em certa medida resolver os problemas citados, mas também geraram competição entre os trabalhadores, entre as instituições e entre os níveis de assistência, ocasionando a perda da qualidade dos serviços em alguns locais. Além disso, essas mudanças não foram o bastante para evitar novas crises financeiras, as quais o governo tenta remediar até hoje.

Após esse breve histórico, se discutirá agora sobre os ideais e a estrutura do NHS. Em termos ideológicos, o NHS é bem semelhante ao SUS, já que ambos têm entre seus princípios básicos a universalidade e a equidade. Os significados desses conceitos também são bem semelhantes, podendo-se assumir o que já foi apresentado no capítulo 2.

Estruturalmente, os chamados “clínicos gerais” (*general practitioners*, ou GPs) são a base do NHS. Esses médicos de família são os primeiros trabalhadores em saúde com quem a população entra em contato, tanto em casa quanto no consultório, seja para consultas e exames de rotina, seja para doenças mais graves (exceto em emergências) (McDOWALL, 1999). Os GPs são distribuídos por todas as regiões do Reino Unido, de modo que os usuários do sistema podem escolher com quem desejam se registrar, contanto que o médico esteja disposto a registrá-los (McDOWALL, 1999). Assim, o pagamento desses profissionais é feito de acordo com o número de pacientes sob sua responsabilidade, de modo que eles recebem salários mesmo se não fizerem nenhuma consulta.

¹⁹ Um serviço nacional de saúde abrangente assegurará que para todo cidadão esteja disponível qualquer tratamento médico que ele necessitar, em qualquer forma que ele requisitar, seja domiciliar ou institucional, geral, especialista ou consultante, e assegurará também a provisão de serviços dentário, oftálmicos e cirúrgicos, maternidade e obstetria e reabilitação após acidentes.

A eficiência desse modelo deve-se ao fato de que, tendo contato frequente com o paciente, o GP pode se inteirar de todas as informações relativas à saúde sobre ele (renda, condições de moradia, histórico familiar, etc), garantindo um atendimento de melhor qualidade. Os GPs também redirecionam seus registrados caso estes precisem de um atendimento especializado ou com melhores recursos. Em conjunto aos trabalhadores de enfermagem e aos agentes comunitários, os clínicos gerais compõem a atenção primária no Reino Unido.

Outro ponto de apoio estrutural são os Conselhos Hospitalares Regionais (*Regional Hospital Boards*, ou RHBs). Cada um deles é responsável por uma grande área administrativa, de modo a cobrir cerca de dois milhões de pessoas. Os RHBs são responsáveis por administrar os hospitais financeiramente, e se subdividem em comitês de gerenciamento para melhor funcionarem a um nível mais local. Devido à quantidade limitada de verbas destinadas ao setor da saúde (outras áreas, como construção civil e educação também necessitavam delas), durante um bom tempo os conselhos e comitês preferiram alocar os recursos para a manutenção de hospitais existentes ao invés de construir novos (ROEMER, 1991). Assim como no Brasil, os hospitais representam a atenção terciária em saúde, englobando os exames mais sofisticados e os médicos especializados e cirurgiões.

O sistema é financiado através de impostos e do Tesouro Nacional, fazendo a grande maioria dos serviços ser de graça. As únicas exceções são remédios prescritos e tratamento dentário e oftalmológico, sendo que mesmo esses possuem taxas fixas (McDOWALL, 1999). Tudo isso gera uma grande carga tributária, como já citado anteriormente, mas também garante um serviço de saúde de qualidade para a população britânica.

Após essa breve contextualização do SUS e do NHS, podemos notar as semelhanças e diferenças entre os dois sistemas. No que diz respeito à comunicação em saúde, a análise das campanhas de saúde sobre a gripe A(H1N1) pode possibilitar um melhor entendimento desses pontos comparativos. Para isso, no entanto, deve-se primeiro compreender a A(H1N1) propriamente dita.

4 GRIPE A(H1N1)

O A(H1N1) é uma mutação do vírus da gripe resultante da combinação genética de *Influenza* humano, suíno e aviário, que se desenvolveu em porcos no México (daí o nome popular “gripe suína”) (TEMPORÃO, 2009). Essa mutação, ocorrida em março de 2009 (MACHADO, 2009), foi possibilitada pelo convívio direto entre suínos, aves e humanos, que se deu provavelmente em meios rurais de menor infraestrutura, pois nesses locais não há um controle do espaço físico dos animais tão eficaz quanto em locais mais bem desenvolvidos, além de haver a falta de uma barreira entre os trabalhadores e os animais. Assim, dentro dos porcos foi possibilitado o contato entre as três variantes de *Influenza* (suíno, humano e aviário), permitindo a troca de material genético entre eles até que surgiu uma nova variante, que possuía características de todas elas. Essa variante era a *Influenza* A(H1N1) (MACHADO, 2009).

Inicialmente, esse vírus só era transmissível para humanos através do contato com porcos, sendo caracterizada como uma zoonose, por via respiratória, com a troca de gotículas contendo partículas virais. Na época, houve pessoas que acreditavam poder contrair a doença pela ingestão de carne de porco, o que foi comprovado como falso (MACHADO, 2009). No entanto, após sofrer mais mutações, o A(H1N1) tornou-se capaz de ser transmissível entre humanos. Com isso, não demorou muito para que se estabelecesse uma epidemia²⁰ de gripe A(H1N1) no México.

Geneticamente, o A(H1N1) é extremamente semelhante ao Influenza que provocou a pandemia de gripe espanhola em 1918. Esse dado gerou uma grande preocupação nas organizações de saúde do mundo inteiro, pois a gripe espanhola foi um sério problema de saúde pública devido à sua enorme virulência²¹ e disseminação, levando milhões de pessoas a óbito. Portanto, embora a princípio, a sintomatologia da atual gripe fosse bem semelhante à de uma gripe comum (febre, tosse, dor de cabeça e em outras partes do corpo) (MACHADO, 2009), o vírus poderia sofrer uma mutação e se tornar tão virulento quanto o da espanhola.

Essa ameaça foi agravada, pois, ao final de abril, o vírus se espalhou para além do México, chegando aos Estados Unidos, no Canadá, e na Espanha (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010). O vírus disseminou-se através de pessoas que retornaram para esses países de viagens de férias ou de negócios, sendo que a grande maioria, se não todas, utilizou-se das linhas aéreas, permitindo que a disseminação fosse mais rápida do que as autoridades de saúde eram capazes de lidar.

Frente à situação, a Organização Mundial de Saúde (OMS) passou a designar uma série de medidas de combate à doença para todos os países, como: o monitoramento do vírus, tanto epidemiologicamente quanto clinicamente; a preparação dos serviços de saúde para atender a uma grande quantidade de casos; o desenvolvimento de uma vacina e a comunicação ativa para a população sempre que novas informações estivessem disponíveis (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009).

Mesmo com essas medidas, a gripe A(H1N1) continuou a avançar pelo mundo, ao ponto que, em junho de 2009, a OMS passou a considerar a situação oficialmente como uma pandemia (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010). No Brasil, a presença dessa

²⁰É a ocorrência em uma comunidade ou região de casos de certa doença, claramente excessiva em relação ao esperado (PEREIRA, 2007).

²¹É a capacidade do agente infectante de produzir efeitos graves ou fatais, relaciona-se à capacidade de produzir toxinas, de se multiplicar etc.

doença foi confirmada no início de maio do mesmo ano (MACHADO, 2009). Diante desse quadro, o Ministério da Saúde passou a seguir as medidas sugeridas pela OMS, coordenando como elas deveriam ser aplicadas nos diversos centros de saúde do país. Segundo José Gomes Temporão, ministro da Saúde na época, “o Brasil vem se preparando para uma possível pandemia de influenza desde 2003” (TEMPORÃO, 2009, p. 4), de modo que boa parte do que foi aplicado em 2009 já havia sido planejado, por exemplo, contra a gripe aviária²². No mesmo texto, ele aponta as medidas adotadas no país para enfrentar o quadro:

Monitoramento e ações de vigilância; notificações de casos; monitoramento de portos, aeroportos e fronteiras; recomendações aos viajantes; assistência aos casos e contatos; divulgação nos meios de comunicação; estruturação das redes de saúde; aquisição de insumos e tratamentos, além do desenvolvimento de capacidade para produção da vacina contra o vírus influenza A (H1N1) (TEMPORÃO, 2009, p.2).

No Reino Unido, a gripe A(H1N1) foi detectada no final de abril de 2009, cabendo ao Departamento de Saúde a coordenação das medidas de combate à doença. A última vez que alguma variação de gripe pandêmica atingiu esse país foi há mais de 40 anos (HILTON; SMITH, 2010), então não havia um planejamento anterior para essa possibilidade, ao contrário do que aconteceu no Brasil, conforme relatado acima. Isso não impediu, no entanto, que medidas fossem tomadas pelo governo britânico para conter a doença, tais como: exames diagnósticos, distribuição de antivirais, coleta de dados epidemiológicos, análise do material genético do vírus, acompanhamento dos casos por GPs, divulgação de informações para a população, entre outras (REINO UNIDO, 2011a).

Um aspecto considerável sobre a pandemia de gripe A(H1N1) foi os esforços das autoridades em fornecer esclarecimentos sobre a doença, tanto para a população em geral quanto para os trabalhadores de saúde. No Brasil e no Reino Unido, pelo menos, um dos principais meios de se fazer isso foi através do uso de campanhas de saúde, que serão o tema do próximo capítulo.

²² Gripe provocada pela Influenza A(H5N1), originário de aves. Provocou uma epidemia em 2005, no sudeste asiático, e apresentou um sério risco de virar pandemia por originalmente infectar aves migratórias.

5 ANÁLISE DAS CAMPANHAS DE SAÚDE DE A(H1N1) NO BRASIL E NO REINO UNIDO

Campanhas de saúde são um conjunto de peças publicitárias enquadradas em um mesmo estilo, cujo objetivo é estimular a atenção, a mudança de atitude e uma alteração significativa de comportamento em relação a um assunto relacionado à saúde da população (POLISTCHUCK, 1999). Ao contrário de outros tipos de campanhas publicitárias, cujo foco principal é vender um produto ou divulgar uma marca, as campanhas de saúde se caracterizam por seu caráter educativo, o que as faz serem amplamente utilizadas pelos governos de diversos países como um recurso para a comunicação em saúde pública.

No Brasil, as campanhas de saúde são produzidas pelo Ministério da Saúde, dentro das demandas do SUS. Como no restante da comunicação em saúde, a elaboração delas deve seguir os princípios e diretrizes desse sistema (ARAÚJO, 2007), já mostrados no capítulo 2. A lei nº 5026/66 define em seu texto a situação em que elas são utilizadas, no qual afirma (BRASIL, 1966):

Art. 2º A instituição e o desenvolvimento de Campanhas de Saúde Pública, na forma desta Lei, atenderão, sempre, à necessidade de se intensificar e coordenar, em todo o território nacional, ou em regiões definidas, as atividades públicas e particulares de prevenção e combate, inclusive tratamento e recuperação, relativamente a doenças que, por sua natureza, constituam problema de interesse [sic] coletivo e exijam, para seu atendimento, providências especiais.

No Reino Unido, sua produção é de responsabilidade do Departamento de Saúde, com o fim de orientar a população e/ou os trabalhadores do NHS sobre medidas governamentais contra problemas de saúde da população, bem semelhante ao uso no Brasil.

Uma campanha de saúde pode se valer de diversos recursos para sua divulgação. Somente nas campanhas sobre gripe A(H1N1), por exemplo, tanto o governo brasileiro quanto o britânico se valeram de panfletos, cartazes, *outdoors*, comerciais na televisão, *jingles* para rádio, divulgação nas redes sociais e materiais *online*, sendo que apenas os três primeiros serão analisados mais detalhadamente neste trabalho.

5.1 PEÇAS DO BRASIL

A campanha no Brasil se subdividiu em três fases: durante o ano de 2009, no início de 2010 e no meio de 2010. Elas se diferenciaram pelos estilos gráficos, pelas mensagens veiculadas e pela linguagem utilizada, como será explicado mais à frente.

Ilustração 1: Banner da 1ª fase da campanha

SAIBA COMO SE PREVENIR DA INFLUENZA A(H1N1)

A **Influenza A(H1N1)** é uma doença respiratória aguda e a transmissão ocorre de pessoa a pessoa, principalmente por meio de tosse, espirro ou contato com secreções respiratórias de pessoas infectadas. Saiba como se prevenir da gripe adotando medidas simples:



ATENÇÃO

Se você estiver com febre acima de 38°C, tosse, acompanhada ou não de dor de garganta, procure o seu médico ou a unidade de saúde mais próxima.

Outras informações:

www.saude.gov.br

DISQUE SAÚDE 0800 61 1997



Secretaria de Vigilância em Saúde

Ministério da Saúde



Fonte: PORTAL DA SAÚDE, 2011a.

A primeira amostra a ser analisada é um banner (também disponível na forma de cartaz) veiculado entre o final de abril e dezembro de 2009. Esse período foi o início da pandemia de gripe A(H1N1), durante o qual houve um grande alarde sobre o risco que essa doença representava, como desenvolvido anteriormente. Por conta disso, as peças desse período buscavam transmitir o máximo de informações possível para a população, com o fim de tranquilizá-la.

Esse *banner* começa explicando o modo de transmissão da doença, seguido de orientações sobre como preveni-la, basicamente medidas de higiene, acompanhadas de imagens referentes a elas. Pode-se notar o uso de uma linguagem formal, sem gírias ou regionalismos, o que sugere a preocupação do governo com a possibilidade de interpretação errônea das recomendações, o que não era desejado. Também é observável o destaque dado para os sintomas de risco e o modo de transmissão, mesmo com o *banner* se identificando como tendo informações para a prevenção, o que indica o receio das autoridades com a disseminação da A(H1N1).

A próxima amostra é da segunda fase da campanha, ocorrida entre fevereiro e maio de 2010. Durante esse período, houve a vacinação da população contra a A(H1N1), e as peças produzidas pelo Ministério da Saúde se dividiram em dois tipos: informativos sobre medidas preventivas e anúncios do plano de vacinação. Como em 2009 já havia sido desenvolvida uma comunicação mais detalhada sobre as características da doença e as medidas a serem tomadas, as campanhas preventivas desta fase passaram a adotar abordagens mais diretas e mensagens mais curtas.

Ilustração 2: *Banner* da 2ª fase da campanha (prevenção)



Gripe.
Quanto mais
prevenção,
mais
proteção

**O vírus da gripe pode estar em
muitos lugares. Só que você não vê.**
Previna-se.
Ao tossir ou espirrar, use o lenço.

 Lavar as mãos
com água e sabonete,
especialmente depois
de tossir ou espirrar.

 Ao tossir ou espirrar,
cobrir o nariz e a
boca com um lenço
descartável.

 Não compartilhar
alimentos, copos,
toalhas e objetos
de uso pessoal.

NÃO USE MEDICAMENTOS SEM ORIENTAÇÃO MÉDICA.

www.saude.gov.br
DISQUE SAÚDE 0800 61 1997



Ministério
da Saúde



Fonte: PORTAL DA SAÚDE, 2011b

Esta peça enfoca a prevenção através do uso do lenço para evitar a disseminação dos vírus após tossir ou espirrar, indicado tanto na mensagem escrita quanto na imagem dos

microorganismos se espalhando após o espirro do homem. Essa imagem também serve para aproximar as medidas preventivas de situações do cotidiano, graças à criação de um cenário mais realista do que os desenhos da peça anterior. Comparando-se este *banner* com o último, pode-se notar a presença de mensagens de prevenção já presentes na outra, e até com a mesma redação, mas que não são tão notórias nesta. Ao contrário da peça anterior, não há um destaque para o telefone de contato do Ministério ou para o *site* do mesmo. Outra observação possível é que, neste *banner*, não há uma indicação de que a gripe de que está se falando é a A(H1N1), apesar do local onde a peça foi retirada informar que ela foi produzida para a campanha dessa doença.

Ilustração 3: *Banner* da 2ª fase da campanha (vacinação)

**VACINAÇÃO CONTRA
INFLUENZA H1N1
FAÇA A SUA PARTE.**

Mais informações: www.vacinacaoinfluenza.com.br

www.saude.gov.br

DISQUE SAÚDE 0800 61 1997

Secretarias Estaduais
e Municipais de Saúde

SUS

Ministério
da Saúde

BRASIL
UM PAÍS DE TODOS
GOVERNO FEDERAL

Fonte: PORTAL DA SAÚDE, 2011c.

A terceira peça analisada foi veiculada no mesmo período que a segunda, mas refere-se ao plano de vacinação. Ela consiste de um simples apelo à população para se vacinar, sem o uso de ilustrações ou figuras de linguagem (o que não significa que todas as peças desse grupo são assim). Este *banner*, ao contrário do segundo e mais que o primeiro, destaca outras fontes de informação para a população, provavelmente porque ele mesmo não diz muita coisa, mas sim responsabiliza os usuários.

5.2 PEÇAS DO REINO UNIDO

No Reino Unido, não foram produzidos muitos cartazes e banners durante a campanha contra a A(H1N1). Na verdade, a maior parte do material escrito consistia em panfletos e mídia digital. Aliás, nesse país não houve uma grande produção de peças sobre a A(H1N1), pois já havia, e há, uma campanha anual de combate à gripe sazonal²³, que já fornecia à população muitas das informações necessárias para lidar com a nova gripe. Isso pode ser observado no cartaz abaixo, onde a primeira linha pequena diz: “*Você pode ter ouvido muito sobre a gripe suína, mas é importante se lembrar que a gripe sazonal também pode ser séria.*”

Ilustração 4: Cartaz da campanha contra a gripe sazonal (2009)



Fonte: REINO UNIDO, 2011b

Ilustração 5: Cartaz da campanha de vacinação do Reino Unido 1

²³ Gripe comum, que ocorre com mais frequência no inverno.



SWINE FLU

**IF YOU CAN'T CATCH IT,
YOU CAN'T PASS IT ON**

**The vaccine is available for frontline
social care workers - get your jab now.
FLU. PROTECT YOURSELF AND OTHERS.**

   

Fonte: REINO UNIDO, 2011c.

Ilustração 6: Cartaz da campanha de vacinação do Reino Unido 2



SWINE FLU

**IF YOU CAN'T CATCH IT,
YOU CAN'T PASS IT ON**

**The vaccine is available for frontline social care workers - get your jab now.
FLU. PROTECT YOURSELF AND OTHERS.**






Fonte: REINO UNIDO, 2011c.

Os cartazes encontrados sobre a gripe A(H1N1) foram produzidos em novembro de 2009 (não há informações sobre quando pararam de circular) e são muito semelhantes, com a única diferença sendo a imagem neles presente. O texto traduzido diz: “Gripe suína: se você não pode pegá-la, você não pode passá-la adiante. A vacina está disponível para os assistentes sociais - tome sua injeção agora. Gripe. Proteja a si mesmo e aos outros.”, ou seja, essas são peças referentes à vacinação de um grupo específico, os assistentes sociais. As imagens dos cartazes são referentes a esse grupo, e é notável que em ambas esses

trabalhadores são de minorias étnicas do Reino Unido, enquanto que os auxiliados (a criança e a idosa) são brancos. Outro ponto de nota é que a última frase dessas peças (“*Flu. Protect yourself and the others.*”) é idêntica à última do cartaz para a gripe sazonal.

5.3 COMPARAÇÃO

As peças do Reino Unido apresentam algumas diferenças em relação às do Brasil. Para começar, nelas não há nenhuma indicação de outras fontes de informação, como um telefone ou um *site*. Além disso, no Reino Unido parece que a gripe A(H1N1) não foi tratada muito diferentemente de outros tipos de gripe, ao contrário do Brasil, onde, como exemplo dos esforços e recursos que o governo dedicou a esse caso, foi realizada a maior campanha de vacinação no mundo contra essa doença, com mais de 84 milhões de pessoas vacinadas (PORTAL DA SAÚDE, 2011d).

Também podem ser observadas semelhanças entre as produções dos dois países. Nas peças referentes à vacinação, por exemplo, tanto a frase “Faça a sua parte” quanto “Proteja a si mesmo e aos outros” instigam a responsabilidade individual dos cidadãos para o sucesso da campanha. Em relação à campanha preventiva, não foram achados exemplares no Reino Unido que falassem especificamente sobre a A(H1N1) para se comparar com o Brasil. Considerando-se, no entanto, a similaridade de tratamento dado entre essa gripe e as mais comuns por aquele país, pode-se considerar fazer a análise de uma peça de sua campanha de gripe sazonal.



Fonte: REINO UNIDO, 2011d.

O texto na peça lê-se: “Se você pudesse ver germes da gripe, veria o quão rápido eles se espalham. Germes de resfriado e gripe podem viver em algumas superfícies por horas. Para proteger a si mesmo e aos outros neste inverno, sempre carregue lenços com você e use-os para neutralizar sua tosse ou espirro. Guarde o lenço e, pra matar os germes, lave suas

mãos com sabão e água, ou use um gel desinfetante. Este é o melhor jeito para ajudar a retardar a propagação da gripe. Para mais informações visite www.nhs.uk. Apanhe-o. Pegue-o. Mate-o.”

Comparando-se esta peça com as já vistas do Brasil, pode-se notar que todas elas priorizam divulgar medidas de higiene, especialmente o uso do lenço e lavar as mãos. Em relação à segunda peça, há inclusive o uso do mesmo tipo de imagem sugestiva (o contraste entre uma cena do cotidiano e a disseminação do vírus no ambiente). Pode-se notar, no entanto, que a peça inglesa parece detalhar mais acerca da medida tratada, descrevendo o passo a passo de como executar a recomendação.

Gramaticalmente, é observável o uso dos verbos no modo imperativo em todas as peças (“*procure o seu médico*”, “*previna-se*”, “*faça a sua parte*”, “*protect yourself*”, “*get your jab*”, “*catch it, bin it, kill it*”), o que é de fato uma marca característica de campanhas. Também é notável a utilização de orações condicionais, como em “*se você estiver com febre..., procure o seu médico*” e “*if you can't catch it, you can't pass it on*”, geralmente para reforçar a ideia de responsabilidade dos indivíduos para a efetividade das ações preventivas.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Atualmente, a gripe A(H1N1) não é mais tão notória quanto na época da pandemia. Graças aos esforços das autoridades de saúde, os casos dessa doença diminuíram bastante, sendo que agora sua vacinação é feita junto com outras cepas nas campanhas anuais contra a gripe. Com isso, pode-se chegar à conclusão de que as campanhas tratadas neste trabalho foram efetivas na sua missão de divulgação de informações para a população.

Em termos linguísticos, as campanhas não apresentaram diferenças significativas, pois elas se valeram de palavras, expressões e imagens semelhantes entre si, sem contar que havia a mensagem em comum de estimular a população a tomar atitudes preventivas contra a A(H1N1), tanto por medidas de higiene quanto pela vacinação. Sendo assim, as diferenças que se apresentaram devem ser causadas por outros fatores, como o contexto histórico ou a perspectiva das autoridades sobre a pandemia no momento.

Apesar de não se ter encontrado fontes bibliográficas que comentassem o modelo de comunicação em saúde no Reino Unido utilizado pelo Departamento de Saúde e o NHS, a semelhança de seus ideais em geral, aliada à análise das campanhas indica que seja parecido com o aplicado no Brasil pelo Ministério da Saúde e o SUS.

Por fim, este trabalho, por meio da exposição e análise do funcionamento dos sistemas de saúde analisados, bem como de seus modelos de comunicação, endossa a importância política de construção e fortalecimento dos mesmos, entendendo tanto a população quanto as autoridades governamentais como agentes deste processo.

7 REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Inesita Soares de. Comunicação em saúde. In: MARTINS, Carla Macedo (Org.). **Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde: educação e saúde.** Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. p.101-124.

BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. O direito à saúde no Brasil: sobre como chegamos ao Sistema Único de Saúde e o que esperamos dele. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org.). **Textos de apoio em políticas de saúde.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 11-41.

BEVERIDGE, Sir William et al. **Report of the Inter-Departmental Committee on Social Insurance and Allied Service.** 1942. Disponível em: <http://news.bbc.co.uk/2/shared/bsp/hi/pdfs/19_07_05_beveridge.pdf>. Acesso em: 29 out.2011.

BRASIL. **Constituição Brasileira.** Imprensa Oficial, Brasília, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da VIII conferência nacional de saúde.** 1986. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em: 3 set. 2011.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 8.080, 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 institucionaliza a descentralização e as relações entre União, estados e municípios com relação à política de saúde. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 30 ago. 2011.

HILTON, Shona; SMITH, Emily. Public views of the UK media and government reaction to the 2009 swine flu pandemic. **BMC Public Health**, v. 10, n. 697, 2010.

JUSBRASIL. **Lei nº 5.026, de 14 de junho de 1966.** Estabelece normas gerais para a instituição e execução de Campanhas de Saúde Pública exercidas ou promovidas pelo Ministério da Saúde, e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/129059/lei-5026-66>>. Acesso em: 10 dez. 2011.

LACOSTE, Yves (Org.), RAJAGOPALAN, Kanavillil. **A geopolítica do inglês.** São Paulo: Parábola Editorial, 2005.

MACHADO, Aleyone Artioli. Infecção pelo vírus *Influenza A (H1N1)* de origem suína: como reconhecer, diagnosticar e prevenir. **Jornal brasileiro de pneumologia**, São Paulo, v.35, n.5, maio 2009.

McDOWALL, David. **Britain in close-up: an in-depth study of contemporary Britain.** Harlow: Longman, 1999.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Evolution of a pandemic: A(H1N1) 2009**, april 2009 / march 2010. Genebra: WHO Press, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Orientaciones de la OMS para la adopción de medidas de salud pública en relación con la respuesta de los países a la pandemia por el nuevo virus gripal A(H1N1)**. Ginebra: OMS, 2009.

PEREIRA, Sheila Duarte. **Conceitos e definições da saúde e epidemiologia usados na vigilância sanitária**. São Paulo, mar. 2007. Disponível em: <www.cvs.saude.sp.gov.br/pdf/epid_visu.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2011.

POLISTCHUCK, Ilana. **Campanhas de saúde pela televisão: a campanha de AIDS da Rede Globo**. Rio de Janeiro: UFRJ, 1999.

PORTAL DA SAÚDE. **Saiba como se prevenir da Influenza A(H1N1)**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/campanha/banner_90x150_190711.jpg>. Acesso em: 5 dez. 2011a.

PORTAL DA SAÚDE. **Campanha Influenza A(H1N1) 1ª Fase – Prevenção**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/campanha/banner_escada_130711.jpg>. Acesso em: 5 dez. 2011b.

PORTAL DA SAÚDE. **Campanha Influenza A(H1N1) 2ª Fase – Vacinação**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/campanha/banner_geral_130711.jpg>. Acesso em: 5 dez. 2011c.

PORTAL DA SAÚDE. **Campanha Influenza (H1N1): prevenção e resultados**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=137&pagina=dspDetalheCampanha&co_seq_campanha=3944>. Acesso em: 30 dez. 2011.

REINO UNIDO. Department of health. **Swine flu: from containment to treatment**. Disponível em: <http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_102094>. Acesso em: 15 nov. 2011a.

REINO UNIDO. Department of health. **Don't underestimate seasonal flu: ask your GP for a vaccination now: poster**. Disponível em: <http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_105357>. Acesso em: 6 dez. 2011b.

REINO UNIDO. Department of health. **Swine flu vaccination: social care communications toolkit**. Disponível em: <http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_108337>. Acesso em: 6 dez. 2011c.

REINO UNIDO. Department of health. **Catch it, bin it, kill it : respiratory and hand hygiene campaign**. 2011. Disponível em: <http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_123234>. Acesso em: 20 dez. 2011d.

ROEMER, Milton Irwin. **National health systems of the world** Nova York, Oxford University Press, 1991. (The countries, v. 1)

SILVA, José Paulo Vicente da; LIMA, Juliano de Carvalho. Sistema Único de Saúde: Reafirmando seus princípios e diretrizes para fazer avançar a reforma sanitária brasileira. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org.). **Textos de apoio em políticas de saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 43-73.

TEMPORÃO, José Gomes. Carta aberta do ministro da saúde: O enfrentamento do Brasil diante do risco de uma pandemia de influenza pelo vírus A (H1N1). **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.18, n.3, 2009.