

## Comunicação para mudança de comportamento em saúde: experiências vivenciadas no Centro de Programas de Comunicação da Universidade Johns Hopkins.

Communication for health behavior change: experiences lived at the Center for Communication Programs at Johns Hopkins University.

Comunicación para el cambio de comportamiento de la salud: experiencias vividas en el Centro para Programas de Comunicación de la Universidad Johns Hopkins.

Ana Carolina de Oliveira Monteiro dos SANTOS<sup>1</sup>

**RESUMO:** Compartilhar experiências é a melhor forma de aprender e contribuir para a construção do conhecimento. É com esta intenção que surge este artigo, resultado da experiência vivida pela autora no workshop ministrado pelo Center for Communication Programs – CCP (Centro de Programas de Comunicação) da Universidade Johns Hopkins, em Baltimore, Estados Unidos, em junho de 2014. Neste workshop intensivo de 20 dias, com aulas diárias em período integral, a autora teve a oportunidade de estudar e compartilhar experiências com grandes pensadores e profissionais na Universidade Johns Hopkins. Isso promoveu o contato com a filosofia da instituição e com as metodologias por eles desenvolvidas e aplicadas em vários países do mundo, no intuito de promover melhorias nas condições de saúde das populações por meio de planejamento estratégico de comunicação focado na mudança de comportamento. Esta foi uma experiência não apenas de estudo em planejamento e comunicação, mas uma experiência de formação de liderança, de profissionais mais conscientes, engajados e completos e, principalmente, de auto conhecimento e crescimento pessoal. Um artigo não seria suficiente para a descrição de toda essa vivência, por isso, optou-se por focar em questões sobre a visão da instituição sobre a saúde, a prática da comunicação em saúde, a mudança de comportamento e um panorama sobre os aspectos essenciais da metodologia por eles desenvolvida e utilizada, denominada de *P process*. Neste artigo, o leitor irá se deparar com uma quebra de reflexões teórico acadêmicas promovida por posteriores discussões técnico práticas, com características gerenciais. Isso acaba refletindo a lógica implementada pelo CCP, que desenvolve a prática fundamentada em um amplo arcabouço teórico. E, da mesma forma que a instituição não se

<sup>1</sup> Fundação Oswaldo Cruz. Brasília-DF. anacarol0305@gmail.com

fecha em suas teorias e permite reinventar-se, este artigo também contará com reflexões próprias do autor a respeito de algumas questões apresentadas.

**Palavras-chave:** comunicação, comunicação em saúde, mudança de comportamento em saúde, *P process*

**SUMMARY:** Sharing experiences is the best way to learn and contribute to the construction of knowledge. It is with this intention that arises this article, a result of the lived experience of the author in workshop taught by the Center for Communication Programs - CCP (Communication Programs Center) at Johns Hopkins University in Baltimore, USA, in June 2014. In this workshop intensive of 20 days, with daily classes full-time, the author had the opportunity to study and share experiences with great thinkers and professionals from Johns Hopkins. This promoted contact with the philosophy of the institution and the methodologies they developed and implemented in countries around the world, in order to promote improvements in the health status of populations through strategic planning focused on behavior change communication. This was an experience not just in study and planning communication, but a leadership training experience, with more aware, engaged and complete professionals and, above all, of self-knowledge and personal growth. An article would not be enough to describe all this experience, so we chose to focus on issues about the institution's vision on health, the practice of health communication, behavior change and an overview of the essential aspects the methodology developed and used by them, called P process. In this article, the reader will come across a breach of academic theoretical reflections promoted by further technical discussions practices, managerial characteristics. This ends up reflecting the logic implemented by the CCP, which develops the practice based on a broad theoretical framework. And in the same way that the institution does not close in their theories and allows to reinvent itself, this article will also feature the author's own reflections about some of the issues presented.

**Keywords:** Communication, health communication , health behavior change , P process .

**RESUMEN:** El intercambio de experiencias es la mejor manera de aprender y contribuir a la construcción del conocimiento. Es con esta intención que se plantea este artículo, resultado de la experiencia vivida por el autor en el taller impartido por el Centro para Programas de Comunicación - CCP (Centro de Programas de Comunicación) de la Universidad Johns Hopkins en Baltimore, EUA., en junio de 2014. En este taller intensivo de 20 días, con clases diarias de tiempo completo, el autor tuvo la oportunidad de estudiar y compartir experiencias con los grandes pensadores y profesionales de la Univesidad Johns Hopkins. Esto promueve el contacto con la filosofía de la institución y las metodologías que desarrollan e implementan en países de todo el mundo, con el fin de promover mejoras en el estado de salud de las poblaciones a través de la planificación estratégica que se centra en la comunicación para el cambio de comportamiento. Esta fue una experiencia no sólo de estudio en la planificación y la comunicación, sino una experiencia de capacitación en liderazgo, de profesionales más conscientes, comprometidos y completos y, sobre todo, de autoconocimiento y crecimiento personal. Un artículo no sería suficiente para describir

toda esta experiencia, por lo que optó por centrarse en cuestiones sobre la visión de la institución en la salud, la práctica de la comunicación para la salud, el cambio de comportamiento y una visión general de los aspectos esenciales de la metodología desarrollada y utilizada por ellos, llamado proceso P. En este artículo, el lector se encontrará con un incumplimiento de reflexiones teóricas académicas promovidas por otras prácticas de discusiones técnicas, características de gestión. Esto termina reflejando la lógica aplicada por el CCP, que se desarrolla la práctica sobre la base de un amplio marco teórico. Y de la misma manera que la institución no se cierra en sus teorías y permite reinventarse, este artículo también contará con reflexiones del autor sobre algunos de los temas presentados.

**Palabras clave** : comunicación, comunicación para la salud , el cambio de comportamiento en la salud , *P process*

## INTRODUÇÃO

O *Johns Hopkins Center for Communication Programs – CCP* (Centro de Programas de Comunicação da Universidade Johns Hopkins), localizado em Baltimore, nos Estados Unidos, é pioneiro e líder no campo das práticas de comunicação para mudança social e de comportamento em saúde. Fundado em 1988, o centro desenvolve programas, cursos e pesquisas e conta com mais de 60 projetos pelo mundo, em sua maioria patrocinados por instituições como *United States Agency for International Development – USAID* (Agência americana para o desenvolvimento internacional), *Bill & Melinda Gates Foundation* (Fundação Bill & Melinda Gates), *Unicef*, além de Governos locais, entre outros<sup>1</sup>.

O pensamento que norteia o desenvolvimento da comunicação em saúde pelo CCP, com foco em mudança de comportamento, baseia-se em evidências, aplicação de teoria, prática e uma ampla e rígida metodologia de planejamento estratégico que envolve 6 passos, intitulado *P Process*. A rigidez, neste caso, não deve ser entendida como algo que enrijece o pensamento, criando pacotes de produtos aplicáveis a qualquer situação. Pelo contrário, há uma grande flexibilidade de pensamento, entendendo que cada realidade é única e há, ainda, incentivo não só à aplicação de diferentes teorias, como ao “tomar emprestado” de cada teoria aquilo que mais se aplica à determinada situação prática. Além disso, há o incentivo ao aventurar fora da ciência “da moda”, para formular novos conhecimentos<sup>2</sup>. A rigidez, neste caso, trata-se do respeito a cada passo do *P process* e a seriedade e profissionalismo com que eles são arquitetados, dentro de uma perspectiva multidisciplinar.

O *P process* foi desenvolvido com base em diferentes disciplinas, tais como economia comportamental, teoria do design, psicologia social e antropologia, além de sofrer atualizações com o aprimoramento das expertises obtidas das experiências vividas<sup>3</sup>. Além disso, o desenvolvimento dos programas conta com equipes multidisciplinares que vão desde profissionais de comunicação a educadores, estatísticos e cientistas.

Esta característica multidisciplinar das metodologias e das práticas da comunicação realizadas

pelo CCP, alinha-se ao pensamento complexo defendido pelo pensador francês Edgar Morin, segundo o qual, para se entender a complexidade de uma sociedade, de uma realidade, é preciso unir saberes, de maneira que os conhecimentos separados se articulem para formar um pensamento com capacidade de enxergar o todo. “Acredito que é (...) necessário um pensamento assim, senão temos um pensamento mutilado, o que é muito grave, porque um pensamento mutilado leva a decisões erradas ou ilusórias”<sup>4</sup> (Morin, 2015)

Diante do cenário apontado e seguindo essa linha de ação, o CCP oferece anualmente um curso de curta duração, de aproximadamente 130h, de Liderança em Comunicação Estratégica em Saúde, para capacitar alunos a atuarem na área sob a perspectiva da liderança, aplicação de teoria e prática, do planejamento estratégico desenvolvido na metodologia *P process* e promoção da mudança de comportamento com base no olhar sobre um sistema de saúde formado por uma convergência de ações entre diversos atores.

### **O paradigma da produção doméstica de saúde**

Quem são os produtores primários de saúde? Esta é a chave do desenrolar de grande parte do pensamento que norteia a comunicação para a mudança de comportamento desenvolvida pelo CCP.

De acordo com este paradigma, os lares e as comunidades são os produtores primários da saúde, antes mesmo do Ministério da Saúde. Sugere que o sistema produtivo de saúde deve ser visto como o sistema produtivo da agricultura, onde os fazendeiros são os produtores primários das plantações e o Ministério dá suporte para que estes fazendeiros sejam mais produtivos. A exemplo deste pensamento, a educação de mulheres e as relações de gênero seriam determinantes poderosos da saúde reprodutiva e infantil. Dentro deste ponto de vista, considera-se que o sistema produtivo de saúde não sofre de falta de trabalhadores, mas possui milhões deles, trabalhando 24 horas por dia para proteger suas vidas e de suas famílias, sendo que o que lhes falta, principalmente as populações marginalizadas, são recursos não materiais como conhecimentos básicos de higiene, nutrição, imunização, métodos contraceptivos, além de limitações de acesso ao cuidado provenientes de valores e práticas culturais<sup>2</sup>.

É importante ressaltar que o CCP aplica seus programas majoritariamente em países da África, no Haiti, Índia, Paquistão, Bangladesh, entre outros. Por isso, embora consigamos aplicar a certas camadas populacionais, essa última afirmação pode se mostrar simplista aos olhos de países com maiores índices de desenvolvimento, como o Brasil, remetendo, inclusive, àquilo que se denominou como culpabilização do indivíduo, omitindo a responsabilidade do Estado no processo da saúde, conforme encontramos em Verdi (2005):

“A promoção de estilos de vida proativa, a qual confere ao sujeito o encargo por uma vida mais saudável, é ação que, por um lado, pode contribuir para a promoção da saúde e qualidade de vida e, por outro, pode culpabilizar as vítimas de uma sociedade injusta (Verdi, Caponi, 2005). No ato de atrelar o sujeito à obrigação do cuidado exclusivo à sua saúde, reside o risco de se esquecer a

responsabilidade do Estado frente aos seus cidadãos.”<sup>5</sup>

Mas, avançando no estudo deste paradigma, percebemos que esta impressão reducionista toma novos rumos, aonos depararmos com o entendimento de que um sistema nacional produtivo de saúde envolve lares, comunidades e todas as agências governamentais, Ministério da Saúde e forças globais (políticas, econômicas, sociais, tecnológicas e ambientais).

Aponta-se que uma das falhas em ações fracassadas em saúde é considerar o Governo e suas agências como sendo o Sistema de Saúde e desconsiderar os produtores primários neste processo. Desta forma, ocorre uma desconexão entre onde a ação realmente acontece (lares e comunidades) e as informações e soluções produzidas por técnicos e cientistas, formuladas em suas bases, sem estudo in loco e sem aprofundamento no conhecimento da realidade.

A mudança nas relações e na forma de se enxergar o sistema produtivo de saúde, com base primária nos lares e comunidades, sugere que o poder não mais está na mão daqueles que se julgam detentores do mesmo, como o Estado ou agências de fomento, por exemplo, saindo de um processo hierárquico para um processo de compartilhamento de conhecimentos, aprendizado e trabalho conjunto para o atingimento de um objetivo comum de saúde.

Neste cenário devem ser considerados não apenas os recursos materiais e tecnológicas, mas também recursos não materiais como crenças, conhecimento, redes de relacionamentos e, principalmente, valores culturais. É importante a reestruturação destas relações, levando-se em consideração os recursos não materiais, e o aprendizado em cada nível é fundamental para se entender como a saúde é produzida no nível dos lares e comunidades, como facilitar as mudanças necessárias para melhorar a produção no sistema de saúde, medir e monitorar a produtividade da saúde e responder aos novos conhecimentos que são gerados.

A questão dos recursos não materiais está muito fortemente presente na construção do pensamento que leva à metodologia de comunicação para mudança de comportamento. É apontada a importância do atingimento das mentes e corações de todos os envolvidos. Além disso, preconiza-se a necessidade do envolvimento do maior número possível de atores em uma visão compartilhada de saúde em que se esteja disposto a “pagar o preço”, dar voz àqueles que mais precisam, para que sejam empoderados para resolver seus próprios problemas e formar grupos de ação-aprendizado que entendam profundamente os valores, práticas e recursos que bloqueiam ou limitam a produção de saúde e que possam promover, a partir daí, estratégias para mudança.

### **Comunicação em saúde e para mudança de comportamento**

O material didático fornecido pela Instituição e suas páginas virtuais oficiais não fornecem uma definição clara do que se entende por comunicação em saúde, estando mais fortemente focados na comunicação para mudança de comportamento (SBCC - sigla em inglês). Mas é possível encontrar discussões sobre comunicação em saúde em literatura produzida por seustécnicos, pesquisadores

e/ou dirigentes.

Rimal e Lapiinsky (2009)<sup>6</sup>apontam para a importância do papel da comunicação nos aspectos da saúde e do bem estar, incluindo prevenção, promoção da saúde e qualidade de vida. Os autores defendem que todo ato comunicativo tem dois lados: o instrumental, que colabora com a aquisição do conhecimento, que é aquele que considera a mensagem, o público, a resposta desejada e o canal. O outro lado da comunicação é o “ritualístico”, que enxerga o indivíduo como membro de uma comunidade, onde uns interagem com os outros e produzem significados. Estes significados são produzidos tanto no nível individual, o que envolve experiências, crenças e conhecimentos, quanto no nível macrossocial, que são as relações, a cultura e as normas sociais. Pensar em comunicação apenas em seu aspecto instrumental é negligenciar o processo ritualístico que, automaticamente, ocorre no processo comunicativo. Todo este cenário, que reflete a abordagem dos valores não materiais já mencionados, leva à percepção dos autores de que estudiosos e profissionais de comunicação em saúde precisam entender o comportamento humano pelo prisma teórico, o que deu origem a teorias sobre o papel das percepções de risco, normas sociais, emoções e incertezas no comportamento em saúde. Considerem ainda que intervenções para mudança de comportamento são atos comunicativos.

Ao buscarmos a comunicação em saúde no âmbito da Instituição a que este estudo se propõe, nos deparamos sempre com alguns temas chave amplamente difundidos, que são o público como elemento central, diálogo e horizontalidade, compartilhamento, empoderamento, a mudança de comportamento, a teoria aliada à prática, planejamento, pesquisa e avaliação e a necessidade de equipes multidisciplinares capazes de lidar com a complexidade do comportamento humano, de forma a produzir mudanças realmente efetivas.

Para reforçar esta afirmação, trazemos Schiavo (2007)<sup>7</sup>, que apesar de não fazer parte do corpo de profissionais do CCP, tem o pensamento fortemente alinhado ao da instituição. Segundo a autora, os elementos chave que definem a comunicação em saúde são: centrar-se no público, considerando-o como participante ativo do processo, basear-se em pesquisa e em evidências científicas e ser multidisciplinar

Este caráter multidisciplinar vem de suas próprias raízes. Segundo Storey, Seifert, Andaluz, Tsoi, Matsuku e Cutler(2014)<sup>8</sup>, comunicação em saúde é um subconjunto de uma disciplina de ciências da comunicação muito maior que, na última metade do século XX, nasce de diferentes raízes, tais como sociologia, psicologia, ciências políticas, antropologia, cibernética, neurociência, entre outros. Esta natureza híbrida é apontada como fator gerador de uma confusão sobre o que é comunicação e como ela afeta os resultados em saúde. Os autores fazem um paralelo afirmando que, assim como medicina e epidemiologia são vastos campos de pesquisa, onde ninguém pode alegar seu total conhecimento, a comunicação em saúde é, da mesma forma, muito diversa. Isso reforça os constantes apontamentos sobre a necessidade de atuação de equipes compostas por diversas expertises.



Por fim, trazemos novamente a contribuição de Schiavo (2014)<sup>9</sup>, que define a comunicação em saúde como:

*“uma abordagem multifacetada e multidisciplinar para alcançar diferentes públicos e compartilhar informações relacionadas à saúde, com o objetivo de influenciar, engajar e prover suporte a indivíduos, comunidades, profissionais de saúde, grupos especiais, políticos e o público para defender, introduzir, adotar ou sustentar um comportamento, prática ou política que por fim melhorará as condições de saúde.”*

Quanto à mudança de comportamento, o CCP traz a seguinte afirmação<sup>1</sup>:

“CCP combina inovação e criatividade com base na teoria e na evidência. Fundamental para a nossa abordagem é nosso entendimento que os comportamentos e normas são baseadas em um complexo contexto sócio- ecológico- isto é, o comportamento não ocorre em um vácuo - e os programas bem-sucedidos exigem intervenções de comunicação em múltiplos níveis.

Nossas abordagens de comunicação buscam entender porque e como as pessoas se comportam de determinada maneira. Nós examinamos as barreiras estruturais, sociais e do lado da oferta para melhorar a saúde e desenvolver soluções abrangentes para eliminar estas barreiras”

Um modelo de abordagem estratégica que compõe a comunicação para a mudança de comportamento apresentada por Lozare (2014) é o ideation (ideação, em tradução literal), que corresponde aos modelos mentais formulados pelos indivíduos e pela sociedade. Refere- à forma de pensar e se comportar de uma comunidade por meio da interação e da comunicação entre grupos e indivíduos<sup>10</sup>. São três as categorias que envolvem os fatores ideacionais<sup>10</sup>:

- Cognitivo: crenças. Valores e atitudes, além de normas subjetivas (como o indivíduo percebe o que os outros esperam que seja feito), normas sociais (o que o indivíduo pensa que os outros estão fazendo) e auto imagem (como o indivíduo se percebe);

- Emocional: qual o sentimento (positivo ou negativo) de um indivíduo em relação a adoção de um novo comportamento e auto-eficácia (quão confiante a pessoa se sente para adotar o comportamento);

- Social: interações interpessoais que levam o indivíduo a se comportar de determinada maneira (suporte ou pressão de amigos) e *advocacy* pessoal (os efeitos do comportamento de um indivíduo ao tentar convencer outros a adotarem determinado comportamento).

Ao considerar e entender os fatores ideacionais que combinados definem o comportamento de uma sociedade, pode-se prever o quão suscetíveis as pessoas estão à adoção de um novo comportamento. Da mesma forma, o entendimento destes fatores leva à denteção de estratégias de comunicação mais assertivas na tentativa de superar determinados comportamentos. Mudar a forma como as pessoas pensam, faz mudar a forma como elas agem. A mudança de pensamento, neste caso, não é uma

imposição, mas sim um processo de construção coletiva respeitando as especificidades de cada realidade. Se um indivíduo ou grupo realmente passar a entender e introjetar a ideia de que um comportamento será positivo para sua saúde, possível de ser realizado e perceber seus benefícios, eles passarão a adotá-lo e a advogar em seu favor.

A abordagem ideacional leva em conta os fatores sociais e psicológicos que influenciam o comportamento humano, mas não desconsidera as capacidades individuais e os fatores ambientais, que podem ser afetados também pela SBCC por meio de instrução/capacitação/ promoção de auto eficácia (no caso das habilidades) e *advocacy* público (no caso dos fatores ambientais).

A questão da comunicação como campo de saber para a mudança de comportamento em saúde é mais fortemente encontrada na literatura internacional, sugerindo uma visão mais flexível sobre a SBCC externamente ao Brasil. Em Corcoran N. (2010)<sup>11</sup> encontramos uma evidência consistente e relevante, que ratifica o pensamento preconizado pelo CCP:

“O Population Research Bureau (2005) nos Estados Unidos sugere que o comportamento humano é o fator central na maioria das principais causas de mortalidade e morbidade. Afirma-se que as estratégias de mudança de comportamento devem estar na linha de frente de qualquer tentativa de reduzir a mortalidade e a morbidade. Ser capaz de prever o comportamento facilita o planejamento de uma intervenção (Naidoo e Wills, 2000). Portanto, o primeiro estágio de qualquer campanha de comunicação é analisar os aspectos comportamentais do problema da saúde (Atkin, 2001).”

Trazemos, ainda, uma contribuição de Figueroa ME, Kincard L, Rani M, Lewis G<sup>13</sup>, pesquisadores do CCP, os quais afirmam que a comunicação para mudança social é “um processo de diálogo público e privado por meio do qual as pessoas definem quem são, o que elas querem e como elas podem alcançar isso” (2002). Os autores defendem que, dentro deste processo, as comunidades devem ser os agentes de sua própria mudança, deve haver diálogo e negociação e a ênfase nos resultados deve ir além dos comportamentos individuais, buscando alcançar o coletivo, as normas sociais, a política, a cultura e o ambiente ao redor. Quanto a esta última afirmação, defendem que a aplicação de modelos para mudança individual podem ser eficazes até certo ponto, mas mostram-se limitados. O ideal é que haja um envolvimento de todos que fazem parte do sistema produtivo de saúde. Os autores exemplificam afirmando que se pesquisas apontarem que a pressão social e a influência de amigos são os maiores determinantes dos hábitos relacionados à bebida e ao cigarro, então fazer campanhas utilizando os melhores argumentos contra cigarro e a bebida não serão suficientes. Neste caso, mudanças coletivas, institucionais, políticas públicas e leis também serão necessárias para promover a mudança.

### **O P process**

O *P Process*<sup>2</sup> consiste em um planejamento de comunicação em saúde desenvolvido em seis passos: análise, desenvolvimento da estratégia, desenvolvimento da mensagem e pré-teste,



implementação e monitoramento e avaliação. O sexto passo corresponde ao replanejamento, o qual repete todos os passos anteriores.

Aparentemente, este não se mostra um planejamento diferente de tantos outros. Mas, com o avançar do treinamento no *P process*, fica claro que há diferenciais que envolvem a forma como os profissionais são treinados, o que inclui fatores psicológicos e vivenciais, a maneira como é difundido o pensamento sobre a comunicação para mudança de comportamento, o forte componente prático que, aliado às teorias, demonstram excelentes resultados, além da maneira de se desenvolver os subpassos, dentro de cada passo, tais como a identificação das barreiras do comportamento e da causa raiz do problema. O pré-teste também desempenha um importante papel e, por vezes, é ignorado pelos planejadores de comunicação, assim como a avaliação.

De acordo com Kincard<sup>12</sup>, o sucesso de um programa depende da aplicação da teoria apropriada, correta aplicação da teoria ao desenvolvimento do programa, implementação bem sucedida, concepção de uma adequada avaliação da pesquisa e adequada avaliação do impacto.

Não há aqui uma pretensão de detalhar minuciosamente o *P process*, mas fornecer um panorama, destacando alguns elementos importantes deste processo. Aqueles que se interessarem podem buscar, posteriormente, uma leitura mais aprofundada a respeito do assunto.

### **Passo 1: Análise**

A pergunta chave deste processo é: Qual o problema da comunicação?<sup>2</sup>

Este passo é construído sob a premissa de que quanto mais forte for a fundação do conhecimento adquirido, mais forte será o programa desenvolvido. Portanto, esta é a fase em que se debruça sobre um profundo conhecimento a respeito do problema, do público, das políticas e programas existentes, das organizações envolvidas e dos canais de comunicação.

Constitui-se de alguns subpassos:

**Identificação do problema:** a metodologia sugere que, antes de tudo, seja desenvolvida uma visão compartilhada em comum acordo entre todos os envolvidos (lares, comunidades e governo). A visão compartilhada é aquilo que queremos que aconteça. Apesar do CCP fazer parte de umas das mais conceituadas Universidades do mundo, há um incentivo para deixar de lado a formalidade e prol de uma linguagem simples, que seja de fácil entendimento e com possibilidade da construção de uma narrativa, como por exemplo: “Uma comunidade saudável, consciente da importância do planejamento familiar, onde haja diálogo entre os casais e entre estes e seus filhos”.

A seguir, deve-se fazer um levantamento da situação atual daquela determinada comunidade (Como estamos?). A pergunta seguinte é: “se não fizermos nada a respeito, como ficará a situação?” A partir daí, é feita uma comparação entre a situação atual e a visão compartilhada para

descobrir quais são os obstáculos que impedem com que se saia da situação atual para atingir a visão compartilhada. Para estes obstáculos é necessário identificar a chamada “causa raiz” de cada um deles e é esta causa raiz um dos alicerces do planejamento, pois se identificarmos o problema errado, buscaremos soluções erradas, sem obtenção de sucesso. Normalmente, para se identificar a causa raiz é importante esgotar todos os porquês daquele problema, ou seja, ele não se esgota na primeira indagação do porquê aquilo está ocorrendo, mas a cada resposta encontrada é preciso perguntar por quê novamente, até se chegar à raiz da questão. Comumente o problema identificado no primeiro porquê, não será a resposta final da razão daquele problema.

Análise do público envolve o estudo de seu perfil psicográfico, buscando informações geográficas, demográficas, econômicas, sociais e os elementos psicológicos que estimulam determinados comportamentos, presentes no conceito de *ideation*. Aqui também há a liberdade de se criar uma narrativa que descreva este público, construindo uma história em torno de personagens, que representem o perfil traçado para aquele público

Os demais subpassos incluem a revisão de programas e políticas já existentes, de forma a analisar seus aspectos positivos e negativos, forças e fraquezas, a fim de potencializar os resultados por meio do aprendizado das experiências pré existentes. É necessário também identificar **organizações**, públicas ou privadas, que tenham capacidade e comprometimento para dar continuidade ao programa. Por fim, é necessário pesquisar a capacidade comunicacional, avaliando os hábitos comunicacionais de uma comunidade, seu acesso aos meios de comunicação, viabilidade, alcance e custos de divulgação, produção de materiais e atividades junto à comunidade.

Essa metodologia de análise da situação pode fornecer respostas que muitas vezes não encontramos com análises superficiais. Em relação a isso, podemos traçar um paralelo com uma problemática, que é a incidência anual da dengue no Brasil. Segundo o ex-ministro da Saúde, Alexandre Padilha, pesquisas realizadas pelo Ministério da Saúde apontaram que cerca de 90% da população sabe o que é preciso fazer para se prevenir contra a dengue, mas 50% afirma não tomar nenhuma medida necessária<sup>14</sup>. Neste caso, um processo de análise detalhado poderia identificar as razões pelas quais as pessoas, apesar de saberem o que devem fazer, não se sentem motivadas a agir, ou seja, a questão é mais complexa. O conhecimento destes fatores levaria ao desenvolvimento de programas mais eficientes no combate à dengue em detrimento do que ocorre atualmente: propagandas em períodos chuvosos, informando às pessoas que elas devem fazer aquilo que, segundo as pesquisas apontam, elas já sabem que devem fazer. A abordagem precisa mudar, mas para isso é preciso que se aprofunde na raiz do problema.

## **Passo 2: Desenvolvimento da estratégia**

A pergunta chave neste passo é “O que nós precisamos fazer?”<sup>2</sup>

Consiste na elaboração de um plano que irá nortear as atividades e funciona com um guia para

o atingimento dos objetivos acordados.

As decisões são tomadas com base em seis elementos chave:

Um deles são os objetivos SMART (é denominado desta forma porque, em inglês, cada inicial das características dos objetivos compõe a palavra Smart), que consiste em traçar objetivos que sejam específicos, mensuráveis, adequados e orientados para a ação, realistas e delimitados no tempo. Essas características dos objetivos são muito importantes pois é a partir deles que serão definidos, posteriormente, os indicadores para monitoramento e avaliação.

O posicionamento deve deixar claro para o público os benefícios do serviço e ações propostas.

Explicitar o modelo de mudança de comportamento significa explicar “porque, como e em qual ordem é esperado que as pessoas desenvolvam as mudanças desejadas em seus conhecimentos em saúde, atitudes, intenções, comportamento e advocacy.”<sup>2</sup>

A seleção de mídia e demais atividades tem a ver não apenas com escolher as mídias mais apropriadas e seus suportes, como também atividades de mobilização da comunidade e comunicação interpessoal entre famílias, amigos, comunidades, redes sociais e provedores de serviços de saúde.

A declaração de estratégia consiste em uma declaração que contem um breve resumo dos objetivos, passos e objetivos intermediários, o posicionamento, qual a teoria de mudança de comportamento que se pretende aplicar e as principais atividades para se atingir essas mudanças.

O plano de implementação refere-se às responsabilidades gerenciais. É preciso preparar um orçamento, criar um cronograma de trabalho com indicadores de monitoramento de progresso, além de sua documentação e relato.

Por fim, o planejamento da avaliação nas mudanças de comportamento do público almejadas, com base em fontes de dados que devem ser coletados antes da implementação do Programa.

### **Passo 3: Desenvolvimento da mensagem e teste**

A pergunta chave deste passo é: “Quais abordagens e materiais criativos precisamos desenvolver?”<sup>2</sup>.

Esta é a fase de desenvolver os conceitos da mensagem, que sejam emocionalmente poderosos para influenciar as pessoas. Recomenda-se envolver bons profissionais de comunicação, que transformem conceitos bem pesquisados em produtos persuasivos, assim como profissionais de saúde, para checar se as informações técnicas estão corretas.

Um elemento fundamental antes da implementação é o pré-teste, que deve ser feito com grupos ou representantes do público, para avaliar suas reações, entendimento e aceitação dos conceitos

apresentados. Tudo aquilo que for mal interpretado, não compreendido, considerado ofensivo ou irrelevante deve ser revisto e reavaliado.

#### **Passo 4: Implementação e monitoramento**

A pergunta chave desta fase é “Como fazemos as coisas acontecerem?”<sup>2</sup>

A implementação precisa seguir o plano de ação, atribuindo responsabilidades e criando mecanismos de coordenação. Envolve participação, flexibilidade e treinamento. O treinamento deve ser constante, enfatizando as habilidades individuais e as capacidades institucionais para que se garanta que os profissionais dividam os mesmos conceitos sobre o cenário, persigam os mesmo objetivos e desenvolvam bem suas habilidades técnicas. É fundamental que o foco esteja sempre nos resultados esperados.

Essa característica do treinamento constante que leva a uma visão compartilhada sobre conceitos e objetivos é bastante perceptível na fala de pesquisadores, técnicos ou dirigentes do CCP. Em artigos, publicações e materiais didáticos de diferentes profissionais, publicados em meios diversos e com as mais diferentes abordagens, sempre encontramos elementos comuns que tecem o fio do pensamento difundido pela instituição. Isso não implica em massificação, pois as estratégias, teorias e práticas utilizadas em cada programa desenvolvido são variadas, mas os *Core values* institucionais são os mesmos e estão muito bem sedimentados.

O clima organizacional deve ser criativo, produtivo e cooperativo e deve ser um incentivador, por meio do reconhecimento daqueles que alcançam resultados de alta qualidade.

A importância da inclusão de diferentes atores no processo se manifesta na recomendação para a criação de um plano de disseminação que combine governo, voluntários do setor privado e recursos comerciais, para a obtenção da maior cobertura possível.

Toda implementação necessita de monitoramento para a obtenção de um panorama daquilo que está sendo realizado, se o cronograma está sendo cumprido e, caso problemas apareçam, ter condições de pronta resposta. O *feed back* (retorno) constitui-se em elemento importante do monitoramento, assim como a revisão constante para promoção das correções necessárias.

#### **Passo 5: Avaliação**

A pergunta chave deste passo é “Como sabemos que estamos fazendo progresso e atingindo os impactos desejados?”<sup>2</sup>

A avaliação mostra se os objetivos almejados pelo Programa foram alcançados ou não, se de fato eles provocaram mudanças nas condições de saúde ou no comportamento do público ou influenciaram políticas para a saúde. A identificação dos efeitos de diferentes ações em diferentes

públicos colabora para melhorias no programa, advocacy, levantamento de investimentos financeiros para sua continuidade, revela estratégias promissoras e aquelas que necessitam ser revistas, forças e fraquezas do Programa, seu custo benefício enfim, uma infinidade de dados consistentes que colaborarão não apenas para o desenvolvimento e aprimoramento do próprio Programa, como para a construção do conhecimento das práticas de comunicação em saúde de forma geral.

A avaliação de impacto deve ser planejada previamente e deve colher dados antes e após a implantação do programa, para que se obtenha dados comparativos. Dentro do modelo de mudança de comportamento escolhido, é preciso criar indicadores que responderão não apenas se as mudanças ocorreram, mas como e por que elas ocorreram. A recomendação é para que sejam utilizados diferentes formas de colher e analisar dados, para indivíduos, casais, comunidades, serviços, regiões, além de realizar pesquisas qualitativas e quantitativas, assim como pesquisas pós-exposição, grupos controlados, entre outros.

Tão importante quanto a avaliação, é torna-la pública, não apenas entre os envolvidos, mas para o público de uma forma geral. Segundo Lozar e Sorey (2014) “programas que não são avaliados desperdiçam tempo e dinheiro porque eles produzem pouco impacto no desenvolvimento do futuro”<sup>2</sup>.

### **Passo 6: Replanejamento**

A pergunta chave desta fase é ‘Como nós aprendemos com a experiência e planejamos a continuidade do processo?’<sup>2</sup>

A comunicação é um processo contínuo e promover mudanças e estimular políticas envolve tempo e esforço. O *P process* é contínuo e cíclico, por isso o monitoramento e a avaliação são tão importantes, pois fornecerão os subsídios para planejamento de novas necessidades, manutenção ou alocação de novos recursos, redefinição de ações e estratégias que se adaptem a novas realidades que possam surgir, mobilização de novos atores e criar condições para garantir sua sustentabilidade.

### **CONCLUSÃO**

Mais do que um treinamento, a experiência vivida no Center for Communications Programs, foi uma lição de vida, de profissionalismo e de quebra de paradigmas. A expectativa de encontrar um modelo marcadamente capitalista, tecnicista e dominador deu lugar à ludicidade, ao diálogo, à construção coletiva, ao desafio e ao contato com nosso lado mais humano. Os alunos são desafiados o tempo todo a enfrentar seus medos e aprendem e vivenciam lições como “Aprenda a ouvir e ouça para aprender”, “Pense grande, comece pequeno, haja agora”, “Vá além dos seus limites, pois é ali que a mágica acontece”, “Calce os sapatos do outro” (algo que significa colocar-se no lugar do outro). O estímulo é para que estas lições sejam praticadas não apenas na vida pessoal, mas também na vida profissional, a fim de formar uma nova geração de profissionais de comunicação em saúde, com capacidade de liderança e preparados tanto tecnicamente quanto psicologicamente para lidar

com as questões da mudança de comportamento.

Mas, como mencionado na introdução, um artigo não daria conta do relato de toda esta experiência, por isso a escolha foi pela discussão de alguns olhares do CCP sobre o sistema de saúde, a comunicação em saúde e para mudança de comportamento e a apresentação dos principais aspectos da metodologia utilizada no planejamento de comunicação para mudança de comportamento, o *P process*. Portanto, este é um pontapé inicial para uma discussão ampliada, uma vez que o verdadeiro valor do olhar sobre a comunicação e das práticas gerenciais apresentados, está na filosofia por trás deles e na forma como são expostos.

Pode-se dizer que esta experiência forneceu algumas respostas que muitas vezes não encontramos em outros cursos, pois o aprendizado e os resultados vivenciados, eliminaram aquela lacuna que comumente se forma entre teoria e prática, onde o arcabouço teórico não vem acompanhado e resultados práticos, mensuráveis e de fácil visualização.

A comunicação não é um produto, mas sim um processo. E este processo é cíclico, é contínuo, portanto, precisa ter flexibilidade e ser constantemente revisto de acordo com as realidades que se colocam. No entanto, precisa ter bases sólidas e profissionais preparados para desenvolvê-la.

Ao ser questionado por esta autora por que o CCP não atua no Brasil, Larry Kincaid respondeu: “Nós tentamos atuar no seu país, mas vocês não precisam de nós”. Esta é uma reflexão que se coloca: será mesmo que não precisamos aprimorar nosso olhar e nossas práticas em comunicação em saúde? Sob que olhar e que condições os profissionais praticam comunicação em saúde pública em nosso país? Como poderíamos tomar emprestado a visão da prática de comunicação em saúde para mudança de comportamento e da postura do profissional da área, aqui apresentados, e adaptá-la à nossa realidade, aprimorá-la, reinventá-la? São questões que merecem pesquisas posteriores.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Johns Hopkins Center for Communication Programs. [internet]. Baltimore, EUA. [acessado em 07 jun. 2015] Disponível em <http://ccp.jhu.edu/social-behavior-change-communication/>

2,Lozare BV, Storey D, Bailey M. Leadership in Strategic health Communication: making a difference in infectious diseases and reproductive health [apostila]. Baltimore, Maryland: Johns Hopkins Bloomberg School for public Health; 2014 ,

3,HealtCompass. [internet]. Baltimore, EUA; 2014. [acessado em 08 jun. 2015] Disponível em <http://www.thehealthcompass.org/sbcc-tools/p-process>

4,Edgar Morin ‘É preciso ensinar a compreensão humana’. Fronteiras do Pensamento [internet]. 2015 [Acesso em 21 mar.2015]. Disponível em: <http://www.frenteiras.com/entrevistas/edgar-morin-compreensao-humana>

5. Hellmann F, Verdi M.I.M. Temas e referências de análise em Bioética no ensino de graduação em naturologia no Brasil à luz da Bioética social. Interface - Comunic., Saude, Educ.,



6. Rimal RN, Lapinsky Mk. Why health communication is important in public health. WHO [internet] 2009 [acessado em 10 jun. 2015]. Disponível em <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/4/08-056713/en/>

7. Lopes MHBM. Health Communication: from theory to practice. *Reciis* [periódicos na internet]. 2009 jun. [Acesso em 08 jun 2015]. Disponível em <http://periodicos.fiocruz.br/pt-br/publicacao/7911>

8. Storey D, Seifert K, Andaluz A, Tsoi B, Matsuki JM Cutler B. What is health communication and how does it affect the HIV/Aids continuum of care? A brief primer and case study from New York City. *PubMed* [periódicos na internet]. 2014 Ago. (Acesso em 05 jun 2015). Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25007193>

9. Schiavo R. Health Communication, from theory to practice. São Francisco, Ca: Jossey Bass; 2014

10. Health Communication Capacity Collaborative [internet]. Ideation an HC3 research primer. [Acesso em 10 jun. 2015]. Disponível em <http://www.healthcommcapacity.org/wp-content/uploads/2015/02/Ideation.pdf>

11. Corcoran N, organizadora. Comunicação em Saúde: estratégias para promoção da Saúde.. São Paulo: Roca; 2010.

12. Kincaid L. Evaluation research: measuring the impact of health communication programs [apresentação no JHU/CCP *workshops* avançados; 2014 jun 16; Turf Valley, MD, Estados Unidos].

13. Figueroa ME, Kincaid L, Rani M, Lewis G. Communication for social change: an integrated model for measuring the process and its outcomes. Nova York: The Rockefeller Foundation; 2002.

14. ABCR [internet]. Entrevistado: Alexandre Padilha, Ministro da Saúde [acesso em 09 jun 2015]. Disponível em <http://www.abcr.org.br/Conteudo/Noticia/217/entrevistado++alexandre+padilha++ministro+da+saude.aspx>

Artigo apresentado em 27-07-15

Artigo aprovado em 02-08-15

Artigo publicado no sistema em 26-09-15