

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
LABORATÓRIO DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM GESTÃO EM SERVIÇOS DE
SAÚDE

Fernanda Fernandes Maceira

INTERFACES ENTRE COMUNICAÇÃO E PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO CAMPO DA
SAÚDE:
uma análise da produção científica sobre o tema

Rio de Janeiro

2010

Fernanda Fernandes Maceira

INTERFACES ENTRE COMUNICAÇÃO E PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO CAMPO DA
SAÚDE:
uma análise da produção científica sobre o tema

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 Gestão em Serviços de Saúde.

Orientadora: Grasielle Nespoli
Co-orientadora: Marcela Abrunhosa

Rio de Janeiro

2010

Fernanda Fernandes Maceira

INTERFACES ENTRE COMUNICAÇÃO E PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO CAMPO DA
SAÚDE:

uma análise da produção científica sobre o tema

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 Gestão em Serviços de Saúde.

Aprovado em: 13 / 12 / 2010

BANCA EXAMINADORA

(Ms. Grasielle Nespoli – LABGESTÃO / EPSJV / FIOCRUZ)

(Dra. Francine Lube Guizardi – LABGESTÃO / EPSJV / FIOCRUZ)

(Ms. Maria Luiza Silva da Cunha - LABGESTÃO / EPSJV / FIOCRUZ)

*Dedico este trabalho a todos
aqueles que lutam por uma comunicação e
participação mais democráticas no âmbito do
SUS.*

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer a todos que participaram desse processo de construção, intelectual e moral, que desenvolvi, na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), durante os três últimos anos. Em especial, destaco a minha orientadora Grasielle Nespoli, que esteve comigo não somente no momento de auxiliar o desenvolvimento desta monografia, mas desde o primeiro ano em que entrei no colégio. Agradeço, também, aos meus amigos de turma que sempre me deram força nos momentos difíceis e que compartilharam comigo seus dias de alegria. Ressalto, entre eles, minha grande amiga Gabrielle Novaes que esteve ao meu lado em todos os momentos que precisei, inclusive me ajudando a dissolver diversas dúvidas que se apresentaram no desenrolar deste trabalho. Sem esquecer de todos os funcionários da EPSJV que tornaram possível, ao seu modo, a realização desta monografia. Não foi somente de dentro da escola que tive incentivos e contribuições, afinal, meus amigos de fora do politécnico e minha família sempre estiveram ao meu lado. Enfim, obrigada por tudo que fizeram por mim e pelo todo, obrigada por me ajudarem a construir essa Fernanda que hoje sou.

"É fundamental diminuir a distância entre o que se diz e o que se faz, de tal forma que, num dado momento, a tua fala seja a tua prática."

(Paulo Freire)

RESUMO

O presente trabalho discute as tendências de estudo que abordam a interface entre comunicação em saúde e participação social e analisa os desafios, presentes na relação desses campos, para o Sistema Único de Saúde (SUS). Para tal, aprofunda a discussão teórica a respeito dessas áreas e realiza uma pesquisa bibliográfica, para mapear e compreender as tendências de estudo atuais. A análise do material empírico foi orientada pela perspectiva teórica da Semiologia dos Discursos Sociais, tendo como base algumas idéias de Bakhtin, Foucault e Bourdieu. Desta forma, observa-se que grande parte da produção científica pauta-se numa abordagem teórica que compreende a comunicação numa perspectiva polissêmica, conflitual e dialógica, o que indica uma forte interface com a participação social que também tem como referência esses pressupostos. Assim, ainda que esses dois campos apareçam de diferentes formas, destaca-se na produção científica uma relação de mediação e de integração das ações de comunicação e participação com ênfase na importância de articular os serviços e as ações de saúde com os interesses das populações. Outro fator observado foi que há um grande avanço no campo teórico que não acompanha os avanços na prática.

Palavras-Chave: Comunicação em Saúde. Participação Social. SUS.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Modelo informacional.....	20
Figura 2	Principais elementos da teoria sobre a comunicação em dois fluxos.....	22
Figura 3	Modelo de Comunicação do mercado simbólico.....	24
Quadro 1	Resultado da pesquisa por expressão (em todos os índices).....	28
Quadro 2	Resultado da pesquisa por cruzamento das expressões (em todos os índices).....	28

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva
AIS	Agentes Indígenas de Saúde
BVS-SP	Biblioteca Virtual em Saúde – Saúde Pública
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CONUS	Conselhos de Unidades de Saúde
DNPS	Departamento Nacional de Saúde Pública
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SNES	Serviço Nacional de Educação Sanitária
SNI	Serviço Nacional de Informação
SUS	Sistema Único de Saúde
UNI	Uma Iniciativa para a educação dos profissionais de saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 A COMUNICAÇÃO COMO DESAFIO PARA O SUS.....	15
3 INTERFACES ENTRE COMUNICAÇÃO, EDUCAÇÃO E INFORMAÇÃO NO CAMPO DA SAÚDE.....	18
4 OS MODELOS DE COMUNICAÇÃO E SUAS RELAÇÕES COM A SAÚDE.....	20
5 COMUNICAÇÃO EM SAÚDE E PARTICIPAÇÃO SOCIAL.....	26
6 INTERFACES ENTRE PARTICIPAÇÃO SOCIAL, COMUNICAÇÃO E SAÚDE. .	28
6.1 INTEGRAÇÃO ENTRE AÇÕES DE SAÚDE, DE COMUNICAÇÃO E COMUNITÁRIAS.....	29
6.2 COMUNICAÇÃO E CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE.....	31
6.3 COMUNICAÇÃO E GESTÃO PARTICIPATIVA.....	32
6.4 POLISSEMIA, DIALOGISMO E PARTICIPAÇÃO SOCIAL.....	33
6.5 DIFICULDADES E DESAFIOS PARA A COMUNICAÇÃO E PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO ÂMBITO DO SUS.....	35
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	38
REFERÊNCIAS.....	39

1 INTRODUÇÃO

São de fundamental importância estudos acerca dos desafios presentes no processo de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). E a comunicação em saúde, sendo um dos pontos que necessita de alterações, enfrenta dificuldades para colocar em prática os avanços teóricos adquiridos ao longo dos anos. Considerando que estes avanços apontam para um modelo de comunicação participativo, no qual todos são interlocutores, será aprofundada uma discussão sobre a articulação entre comunicação e participação social no contexto do SUS. O princípio da participação social foi escolhido pela sua vasta discussão e importância na atualidade e pelo fato de englobar (e ser a base de) todos os outros princípios do SUS, como a universalidade, equidade, integralidade, descentralização e hierarquização. (ARAÚJO; CARDOSO, 2007)

A comunicação sempre foi um tema que me chamou atenção, e foi nas aulas de comunicação em Saúde, realizadas no 2º ano, do curso técnico de Gestão em Saúde que meu interesse pelo tema se intensificou. A revisão e a reflexão teórica sobre a relação entre comunicação em saúde e participação social, além de colaborar no processo de consolidação do SUS, contribui para minha formação como técnica de gestão em saúde no sentido de que somente estudando e entendendo esse tema mais a fundo é que se torna possível promover mudanças na sociedade, melhorando a qualidade do serviço prestado no SUS.

Em função disso, foi desenvolvida essa monografia que objetivou, de forma geral, conhecer as tendências de estudo que abordam a interface entre esses campos e discutir os desafios da comunicação e da participação social no âmbito do SUS; e, de forma específica, aprofundar a discussão teórica sobre a relação entre comunicação e saúde; compreender a noção de participação social; e identificar as concepções, iniciativas, estratégias e dificuldades atuais no campo da comunicação em saúde na sua relação com a participação social.

Para o desenvolvimento da monografia, entende-se a pesquisa como uma atividade da ciência que investiga e constrói a realidade, propagando e atualizando o ensino diante da realidade do mundo. Por mais que a pesquisa seja uma prática teórica, ela liga pensamento e ação, ou seja, para que haja uma investigação são necessários interesses e circunstâncias socialmente condicionadas.

Segundo Minayo (2010, p. 14) a metodologia é o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade. Ela inclui o modo como será abordado o tema (o método); os instrumentos de operacionalização do conhecimento que serão utilizados (as

técnicas); e a criatividade que o pesquisador irá utilizar (suas experiências, sua capacidade pessoal e sua sensibilidade).

Tradicionalmente, esta pesquisa se classifica como qualitativa, pois ela trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, dos valores e das atitudes. Todos esses fenômenos humanos são entendidos como parte da realidade social, afinal, o ser humano se diferencia não só por agir, mas por pensar sobre o que faz e interpretar suas ações a partir de suas experiências vividas e compartilhadas. (MINAYO, 2010, p. 21).

De acordo com Gil (2008), a pesquisa pode ser classificada também como exploratória, pois seu principal objetivo é desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias, focando a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores. Se formos considerar todos os tipos de pesquisas, essa é a que apresenta menor rigidez quanto ao planejamento. Ela envolve técnicas como levantamentos bibliográficos e documentais, entrevistas não padronizadas e estudos de caso. Sua finalidade é possibilitar uma visão geral, de tipo aproximado, sobre determinado fato. A pesquisa exploratória é mais utilizada quando há poucos estudos acerca do tema escolhido, o que torna difícil formular hipóteses precisas e operacionalizáveis.

Num primeiro momento foi realizada uma revisão inicial da literatura sobre o tema, apresentada nos primeiros capítulos da monografia. Na continuidade, a monografia aprofundou a pesquisa bibliográfica para mapear e compreender as tendências de estudo (relatos de experiências e pesquisas) que abordam a interface entre comunicação e participação social no campo da saúde; o que significa que os dados empíricos são as publicações – o conhecimento legitimado como científico.

A pesquisa bibliográfica, para Gil, é formulada a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos. Sua principal vantagem é o fato de permitir ao investigador uma maior cobertura dos fenômenos. Assim, nesse trabalho, o levantamento da produção científica teve como locus de investigação o Scielo¹ sendo utilizado como recorte temporal os últimos 15 anos e como recorte espacial as publicações (artigos) nacionais.

Gil lembra que os periódicos são o meio mais importante para a comunicação científica. É a partir deles que se torna possível a comunicação formal dos resultados de pesquisas originais e a manutenção do padrão de qualidade na investigação científica. E com a difusão do uso de computadores e o desenvolvimento da Internet, muitos periódicos científicos tornaram-se disponíveis em meio eletrônico. Muitos deles constituem apenas uma

¹ Scientific Electronic Library Online – www.scielo.br

versão *on line* do periódico tradicional, mas há os que não apresentam equivalente em papel, e que se utilizam de recursos como imagens em movimento, acesso aos documentos citados no texto por meio de *links*, de hipertexto, e possibilidade de contato com o autor, também por meio de *links*.

A pesquisa bibliográfica nos acervo acima citado utilizou as seguintes expressões de busca: comunicação, comunicação em saúde, participação, participação social e saúde (e seus cruzamentos). Após levantamento e seleção, foram identificados os objetos, concepções de participação e de comunicação, abordagens teóricas e discussões apresentadas nos artigos; e analisadas as possíveis interfaces entre esses campos.

A análise do material empírico foi orientada pela perspectiva teórica da Semiologia dos Discursos Sociais que entende a comunicação como um modo de produzir, fazer circular e consumir os sentidos sociais, ou seja, como forma de percepção e ação das pessoas sobre o mundo, que se manifestam através de um panorama discursivo. Desta forma, o olhar dado à produção científica sobre o tema tem base em algumas idéias de Bakhtin, Foucault e Bourdieu. (ARAÚJO; CARDOSO, 2007)

De acordo com o pensamento de Bakhtin, todo texto é uma polifonia, cada fala está repleta de diversas vozes, algumas delas são ditas intencionalmente e outras o locutor nem ao menos percebe que as fala. Estas vozes se confrontam, se articulam, se legitimam ou se desqualificam ao mesmo tempo, o que é chamado de dialogismo. E, de forma mais ampla, o dialogismo pode ser entendido como o jogo das diferenças e das relações não só entre as vozes de um mesmo texto, mas também entre um texto e um contexto. O conjunto desses textos articulados forma a prática discursiva. E essas diferentes vozes correspondem a interesses e posições distintas na sociedade, se confrontando na língua, em uma luta pela produção de sentidos². O conceito de polifonia definido por Bakhtin remete para o de intertexto. Cada pessoa possui seu próprio intertexto, produzido por suas especificidades existenciais e situacionais. Um mesmo texto gera vários intertextos e é impossível controlar a produção dos sentidos que daí resultam.

Segundo Araújo e Cardoso (2007), para Bourdieu, o espaço da comunicação produz um mercado simbólico, onde os sentidos são produzidos, circulam e são consumidos. Nesse contexto, cada ator social tem um modo de perceber e classificar a sociedade, produzindo assim, diferentes interesses que remetem para um confronto, pois não são harmônicos. Pelo

² Vale ressaltar a diferenciação feita entre significado e sentido. Significado é aquilo que é imanente às palavras e aos objetos, não depende de nenhum contexto. Já os sentidos são produzidos em situações e são mutáveis e negociáveis. (ARAÚJO; CARDOSO, 2007).

contrário, estamos em uma sociedade desigual. Dessa forma, começa a ocorrer a luta pelo poder de “fazer ver e fazer crer”, uma disputa pelo poder discursivo.

Por fim, esse projeto tem como referência a idéia de Foucault que define o discurso como uma prática social que intervêm na realidade de diferentes formas, o que faz com que uma multiplicidade de sentidos seja produzida. (ARAÚJO; CARDOSO, 2007).

Assim, a produção científica será analisada como discursos que buscam definir sentidos tanto para a comunicação como para a participação social no campo da saúde e, em particular, sobre a relação entre comunicação e participação no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS).

No final da década de 70, após muitos acontecimentos importantes, já se podia observar as transformações políticas que estavam por vir e que resultariam na nova Constituição Federal de 1988 e na criação do Sistema Único de Saúde.

A necessidade de mudança começou a ganhar mais força quando o conhecido “milagre econômico” chegou ao fim. Houve um momento em que o país vivenciou a euforia de um extraordinário crescimento e modernização da economia, com grandes investimentos internos e expansão das indústrias, período este chamado de “milagre econômico”. Mas tal crescimento não beneficiava todas as camadas sociais e o país convivia com a repressão das organizações sindicais e dos movimentos culturais. A população se mostrava cada vez mais descontente com o governo militar. Foi então que, em 1974, o general Ernesto Geisel assumiu a presidência, e discursava sobre uma democracia que viria a passos lentos, que deveria ocorrer numa distensão lenta e gradual do regime militar.

Contudo, a sociedade não queria esperar e começou a se organizar através de movimentos que buscavam a democracia, dentre eles se encontrava o movimento sanitário. Era um momento contrário à restrição da assistência pública à saúde baseada no Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), criado em 1974, para oferecer atendimento aos trabalhadores que possuíam carteira assinada, os contribuintes. Nesse contexto, os que não contribuía, ou recebiam atendimento de instituições filantrópicas, ou pagavam pelos serviços do setor privado. O movimento da reforma sanitária brasileira queria superar a separação entre ações de saúde pública, com ênfase na prevenção de doenças, e as ações de assistência médica, com ênfase na assistência curativa, sob a responsabilidade da Previdência. (CHAGAS; TORRES, 2008)

Todo o movimento de redemocratização também refletiu na área da saúde. Várias pessoas relacionadas a essa área começaram a pensar em como rever o modelo de Assistência do Brasil, e concluíram que este não era adequado para o bem-estar da sociedade. Sendo assim, começou uma discussão a respeito da necessidade de mudanças no sistema de saúde vigente naquela época.

Como resultado das experiências adquiridas pelo movimento sanitário, que via uma possível reforma na saúde, militantes se reuniram, em 1986, para a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), que contou com a participação de técnicos e usuários. Essa aprovou a universalização do acesso à assistência, definiu um conceito abrangente de saúde, enfatizou a importância da participação social e do atendimento integral de acordo com as necessidades de saúde da população.

Com o início do governo da Nova República a idéia de escrever uma nova constituição começou a se concretizar e se tornou uma obrigação, já que, a antiga constituição institucionalizava uma ditadura, não fazendo mais sentido numa democracia. Foi, então, no processo de elaboração da Constituição de 1988 que a Assembléia Nacional Constituinte aprovou o Sistema Único de Saúde (SUS).

O SUS é um sistema de abrangência nacional que está sob responsabilidade das três esferas autônomas de governo: federal, municipal e estadual. Para sua constituição, foram definidos princípios doutrinários e organizativos que buscam uma maior democratização do sistema e consolidação do mesmo, com base num conceito de saúde definido da seguinte forma: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. (BRASIL, 1988)

O princípio da universalidade é considerado o conceito base da criação do SUS, uma vez que nele a saúde é vista como um direito fundamental do ser humano e cabe ao Estado o dever de provê-la. A saúde deve ser um direito de todos, universal. Além de universal, o direito a saúde deve ser integral, incluindo tanto os meios curativos quanto os preventivos, tanto os individuais quanto os coletivos, em todos os níveis de complexidade que envolvem a atenção e o cuidado. Também deve haver a descentralização nos processos decisórios e um aumento da participação social, para que a população seja ativa, principalmente através dos conselhos de saúde. O SUS está organizado de forma hierarquizada, o que diz respeito à distribuição dos serviços segundo a complexidade dos serviços e das ações desenvolvidas (atenção primária, secundária e terciária). O sistema visa diminuir as desigualdades, através do princípio da equidade, tratando desigualmente os desiguais, ou seja, considerando as especificidades de cada local e indivíduo.

No processo de constituição do SUS, as leis nº 8080 (BRASIL, 1990a) e a Lei nº 8142 (BRASIL, 1990b), aprovadas em 1990, buscam definir os modos de operacionalização do SUS. Se o mesmo fosse consolidado de fato, muitas mudanças favoráveis poderiam acontecer na sociedade brasileira. Sendo assim, é de extrema relevância a discussão acerca de como fazer o Sistema de Saúde avançar, já que sem dúvida esse é muito importante para o país. Contudo, não podemos desconsiderar que muitos avanços já ocorrem durante os últimos anos, mais ainda é algo insuficiente, pois permanecem grandes desafios a serem enfrentados pelos gestores, profissionais e usuários.

Alguns desses desafios, identificados atualmente, são: a necessidade de ampliar o financiamento do SUS por parte de municípios, estados e da União; a ampliação do controle

social; a superação do modelo médico-hegemônico na sociedade; a redefinição do perfil de formação dos profissionais; o diálogo entre os níveis de complexidade; e aqueles relativos aos processos de comunicação em saúde. (CHAGAS; TORRES, 2008)

3 INTERFACES ENTRE COMUNICAÇÃO, EDUCAÇÃO E INFORMAÇÃO NO CAMPO DA SAÚDE

A comunicação em saúde é um campo de disputa de projetos sociais e sua organização está intimamente relacionada com a história do modo de organização do trabalho e das práticas de saúde. Segundo Araújo e Cardoso (2007, p. 23) a ligação presente entre comunicação e políticas públicas de saúde aparece de forma mais explícita quando o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), criado em 1920, incluiu as propagandas e a educação sanitária como uma maneira para contribuir na resolução dos problemas de saúde da época.

Esse método começou a ser utilizado porque naquela época estavam ocorrendo muitas descobertas científicas acerca da bacteriologia, parasitologia e microbiologia, e essas inovações causaram um grande debate a respeito das ações de saúde pública. Com essas descobertas havia a possibilidade de reconhecer um agente causador de uma determinada doença e o modo como ela poderia ser transmitida. Isso acabou deslocando o foco do meio ambiente para o indivíduo, ocorrendo uma culpabilização deste, uma vez em que o meio ao seu redor perdeu a maior parte da atenção e a responsabilidade maior caiu sobre o que o indivíduo faz (ou não) de “correto” para evitar a doença, já que, se existia de fato um modo de se transmitir essa doença e um agente causador para a mesma, seria fácil solucionar esses problemas caso a população fosse educada a mudar seus hábitos e costumes que fossem considerados prejudiciais à saúde. É então que o comportamento educativo começou a ganhar uma maior importância, já que para evitar a doença o ser humano deveria, simplesmente, corrigir aquilo que era considerado prejudicial à saúde, com efeito, os determinantes sociais das doenças eram ignorados.

Ainda de acordo com Araújo e Cardoso (2007) foi nos anos 40, com a criação por Getúlio Vargas do Serviço Nacional de Educação Sanitária (SNES), que o papel da educação e da comunicação na saúde e sua articulação com as políticas públicas do setor se consolidaram. O SNES tinha por objetivo propagar informações sobre as doenças e como preveni-las. Assim, foram criadas metodologias e materiais educativos, utilizados por diferentes organizações e serviços, e ligados aos meios de comunicação. No mesmo governo, também foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), em convênio com o governo norte-americano, que foi um grande produtor e disseminador de materiais educativos e informativos no Brasil.

Nas décadas seguintes, a educação e a comunicação (esta ainda pensada como propaganda) tinham como objetivo garantir o sucesso das Políticas Públicas em saúde e servir de molde para as mesmas, principalmente para as que buscavam uma intervenção direta sobre os costumes e hábitos dos indivíduos.

Até a década de 70, não era visível uma relação entre comunicação e informação, pois o ato de informar estava ligado a procedimentos estatísticos/epidemiológicos. Entretanto, a comunicação estava intimamente relacionada com a educação. E vale ressaltar que com o tempo a informação, a comunicação e a educação tomaram rumos distintos. A comunicação voltou-se às Coordenadorias de Comunicação Social; a informação teve fortalecida a sua função estratégica junto ao planejamento e à gestão, mas, ao mesmo tempo, criou um vínculo com a segurança nacional, através do Serviço Nacional de Informação (SNI); e a educação permaneceu vinculada as áreas técnicas, de formação profissional e de educação popular.

Embora o elo presente entre comunicação e saúde seja bastante antigo, Araújo e Cardoso ressaltam que a construção do campo Comunicação e Saúde (como um conjunto que apresenta elementos articulados, nomeados e reconhecidos) é recente, torna-se mais visível no início dos anos 90. A organização desse campo teve como ponto de partida críticas feitas por instituições de ensino e pesquisa e profissionais da área da saúde. A partir das críticas, o campo vem se aperfeiçoando por meio de cursos de pós-graduação *lato sensu*, do Grupo de Trabalho em Comunicação e Saúde na Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), de oficinas e cursos de curta duração, pela luta da inclusão do tema nas CNS, entre outras iniciativas.

Desta forma, no decorrer dos anos, no campo científico, se iniciou e consolidou uma análise crítica da comunicação na saúde. Contudo, o avanço teórico não acompanhou a prática, e vice versa, o que faz com que em boa parte, até os dias atuais, prevaleçam os modelos produzidos historicamente.

4 OS MODELOS DE COMUNICAÇÃO E SUAS RELAÇÕES COM A SAÚDE

As teorias, conjunto das práticas e saberes produzidos historicamente, formam modelos que funcionam como fonte de mediação entre as pessoas e a realidade, moldando

percepções, orientando análises e reduzindo as possibilidades de ação. E com o intuito de fazer as pessoas olharem o mundo a partir de uma determinada perspectiva é que as teorias e modelos se tornam um objeto de disputa pelo poder simbólico, o “poder de fazer ver e fazer crer”, como refere-se Bourdieu, citado por Araújo e Cardoso (2007, p. 36). Muitas vezes esse modo de compreender e descrever a realidade é tomado como a verdade absoluta para diversas pessoas que o acabam naturalizando.

Segundo Araújo e Cardoso (2007), na comunicação, esse conjunto de práticas e saberes, foi expresso primeiramente pelo modelo hipodérmico que tinha a imagem das pessoas como estáticas e indefesas diante daquilo que era passado pelos meios de comunicação. Esse modelo acreditava que o comportamento das pessoas poderia ser moldado por esses meios, idéia baseada nas ciências do comportamento, que presumiam que o comportamento das pessoas poderia ser modelado por uma série de estímulos. Aos poucos, a teoria hipodérmica foi dando espaço para outras teorias e modelos de comunicação.

Com o desencadeamento das pesquisas realizadas na Segunda Guerra Mundial surgiu uma teoria matemática, em 1948, desenvolvida por um físico e matemático americanos, Claude Shannon e Warren Weaver, que buscavam que a mensagem chegasse ao seu destino da forma mais verdadeira possível à sua forma de origem. O modelo apresentado trazia uma fórmula matemática de cálculo sendo por isto chamado por eles de “modelo matemático da comunicação”. Um dos elementos centrais, considerados por esses cientistas, incluía a eliminação dos ruídos e um mesmo campo representacional ao emissor e receptor, condição considerada indispensável para a decodificação da mensagem. Para haver boa comunicação, um emissor deve enviar uma mensagem para um receptor, através de um canal, evitando o máximo de ruídos, como visto no esquema abaixo:

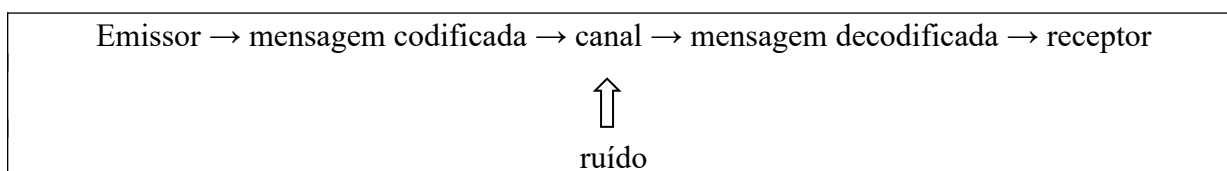


Figura 1 – Modelo informacional

Fonte: Adaptada de Araújo e Cardoso, 2007, p. 43.

Esse modelo é extremamente funcional, operacional e apropriável, o que permite, supostamente, organizar a prática comunicativa facilmente. Assim, o modelo informacional, chamado desse modo pelo seu principal objetivo, transferir informações, ganhou um grande espaço na forma de como pensar a comunicação no Brasil, afetando o campo das políticas públicas de saúde. Apesar de novos avanços na teoria comunicacional, esse modelo ainda se

mantêm presente, afinal, contribuições foram trazidas por ele, como o fato de considerar que as mensagens sejam estruturadas na interface dos códigos do emissor e dos receptores. Contudo, suas principais características prejudicam a compreensão das dinâmicas das relações comunicativas. São características desse modelo: a linearidade, que define a comunicação como um processo linear, em que somente a dimensão da tecnologia (do meio) é valorizada, esquecendo-se das dimensões afetivas, políticas, econômicas, entre outras, que também estão presentes na comunicação; a unidirecionalidade, em que a comunicação vai de um pólo ao outro sem possibilidade de inverter os pólos; a bipolaridade que faz com que o modelo só considere a comunicação entre os pólos de relação, deixando de lado as outras vozes que formam a cena comunicativa; o apagamento dos ruídos, uma vez que é preciso apagar todas as interferências na comunicação; a concepção de língua como um conjunto de códigos com significado preestabelecido e estável, consideração essa que dificulta o entendimento de que significados são dinâmicos e dependem de conhecimentos anteriores; e por fim, a concepção instrumental de linguagem, que é vista apenas como um instrumento para realizar a comunicação entre emissor e receptor. (ARAÚJO; CARDOSO, 2007)

Em 1944, Lazarsfeld, Berelson e Gaudet, cientistas políticos, publicam *People's choice*, um marco no entendimento da escolha de voto, pois apontam a figura do “líder de opinião” como um mediador nesse processo, caracterizando a comunicação em duas etapas. E em 1955, a teoria sobre a comunicação em dois fluxos foi consolidada. Seus principais elementos podem ser representados na figura abaixo.

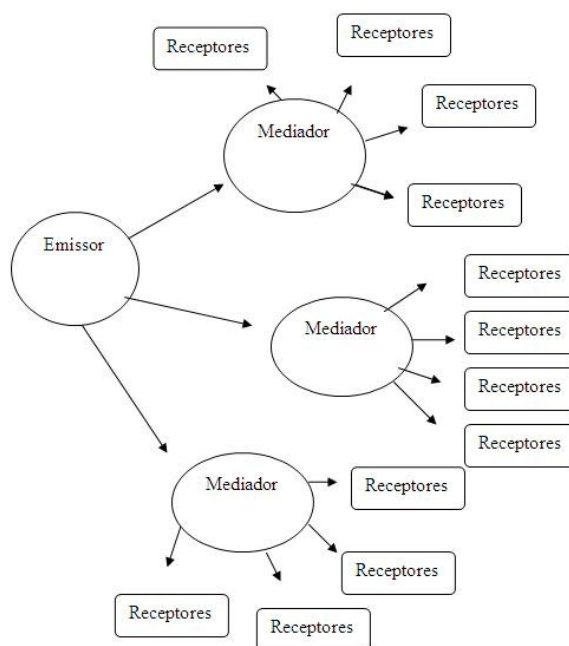


Figura 2 – Principais elementos da teoria sobre a comunicação em dois fluxos

Fonte: Araújo e Cardoso, 2007, p. 53.

Este modelo passa a considerar instâncias intermediárias entre a fonte e o destino da mensagem, instâncias que passam a interferir em como o receptor irá compreender o que foi passado. Tal teoria apresenta avanços em relação ao modelo hipodérmico, pois passa a reconhecer que as pessoas pertencem a grupos sociais e que cada um possui suas especificidades. Supera, também, o modelo informacional, o qual falava que a mensagem era transferida diretamente do emissor para o receptor, sem considerar o contexto, a não ser o código. Contudo, não se pode esquecer que compartilhava com o modelo anterior algumas de suas características, dentre elas, a linearidade, unidirecionalidade e a concepção de língua como conjunto de códigos transferíveis.

É na década de 70 que, no Brasil, entra no cenário a perspectiva de Paulo Freire. Ela retira o emissor do lugar qualificado do saber, ou seja, ambos os pólos da relação são produtores do conhecimento. E naquele momento se torna visível uma dificuldade dessa perspectiva de uma comunicação dialógica concorrer frente à hegemônica. Todavia, Araújo e Cardoso ressaltam que o modelo dialógico na prática,

[...] da mesma forma que seu concorrente [informacional], exclui da relação outras vozes, relações de poder, enfim, as condições de produção daquela prática, promovendo o apagamento da polifonia social. Poderíamos dizer que, tendo avançado na análise política e epistemológica, o dialogismo – ressaltando que falamos do modo como foi transformado em prática comunicativa – conservou algumas características da matriz informacional, como a linearidade e a bipolaridade e a idéia da comunicação como compatibilização de códigos, não mais apenas lingüísticos, mas também culturais. (ARAÚJO; CARDOSO, 2007, p. 52).

Foi também, no final dos anos 70, que entrou em cena a concepção do lingüista Bakhtin chamada “dialogismo” que pressupõe a polifonia, em que cada fala, enunciado ou texto, exprimi-se numa multiplicidade de vozes, que correspondem a interesses e posições diferentes na estrutura social. A comunicação passa a ser vista não mais como uma transmissão de conteúdos prontos, mas como um processo de produção dos sentidos sociais. E a linguagem deixa de ser apenas um instrumento e passa a ser um espaço de lutas e negociações. De acordo com esse pensamento, e com idéias desenvolvidas posteriormente por pensadores franceses, principalmente por Michel Foucault, o discurso é entendido como um conjunto de textos articulados na prática discursiva, que forma, pela produção de sentidos, regimes de verdade. Outro teórico importante é Pierre Bourdieu que apresenta o conceito de Poder Simbólico, como citado anteriormente, que é o poder “fazer ver, fazer crer”. Esses teóricos formam uma corrente de pensamento definida, de acordo com Araújo e Cardoso (2007) como Semiologia do Discurso Social.

A partir desses avanços teóricos, a comunicação é vista como um processo dinâmico da construção de sentidos. Deve-se compreender que tanto na comunicação como no discurso nunca começamos do zero, estamos recheados de saberes e informações que se articularão com outros discursos. Dessa forma, o receptor é um interlocutor e o cenário social é repleto de vozes, onde nenhuma comunicação ocorre em um espaço fechado, sendo impossível eliminar todos os ruídos.

Segundo Araújo (2003/2004), os modelos atuais de comunicação não dão conta adequadamente das práticas comunicativas no que diz respeito a intervenção social. E com o objetivo de propor um modelo para análise e planejamento da comunicação nas políticas públicas, ela elaborou o “Modelo do Mercado Simbólico”, em rede, descentralizado e multipolar, que é composto por uma formulação teórica, uma representação gráfica e uma matriz. Sua representação gráfica inclui a rede de sentidos sociais, os interlocutores e seus contextos e o “lugar de interlocução”. A matriz contempla fontes, campos, instâncias, comunidades discursivas e uma tipologia de fatores de mediação.

No “Modelo do Mercado Simbólico”, os sentidos sociais formam uma rede, dinamizada pela interdiscursividade. O processo de produção, circulação e consumo, que caracteriza o mercado simbólico, é mostrado no modelo por uma malha de fios, onde o traçado ondulado busca expor a contínua transformação dos sentidos, no processo de circulação. Tal produção, circulação e consumo dos sentidos sociais é mediada por um processo de negociação, que é operada por pessoas e comunidades discursivas, os chamados “interlocutores”. A forma como cada um desses interlocutores irá participar do mercado simbólico é resultado da articulação de vários contextos. Essa noção de “interlocutor” vai contra as de “emissor e receptor”, retirando a noção linear e criando a idéia de que cada pessoa participa por inteiro do circuito produtivo que caracteriza a prática comunicativa. Nesse modelo, os “interlocutores” são representados nos nós das redes, trazendo o significado de que cada um é, ao mesmo tempo, agente e espaço de negociação dos sentidos. Nesse modelo, as posições discursivas, Centro e Periferia, são posições móveis e negociáveis, onde são representados por um espiral, que traz a idéia de movimento.

A imagem abaixo mostra a representação gráfica desse modelo.

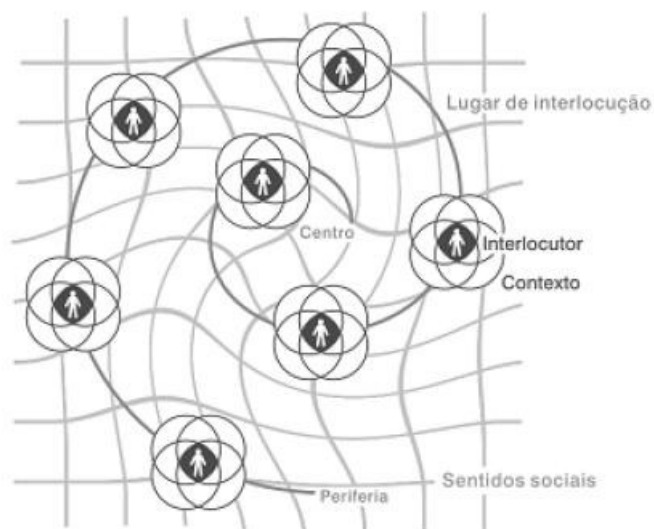


Figura 3 – Modelo de comunicação do mercado simbólico
 Fonte: Araújo, 2003/2004, p. 173

A matriz de análise dos fatores de mediação tem como intuito oferecer uma estrutura de análise das relações de poder na sociedade, no contexto das políticas públicas e na perspectiva discursiva, que manda para a negociação de lugares de interlocução mais favoráveis a prática do poder simbólico. Um dos componentes dessa matriz são as fontes, que indicam espaços simbólicos onde organizam e produzem mediações a partir do acervo individual, social e cultural de cada pessoa e grupos sociais. Outros elementos são os campos, áreas sócio-discursivas de natureza abstrata, que podem corresponder a igrejas, escolas, Forças Armadas ou até mesmo a temáticas e práticas sócio-políticas, como a Saúde Coletiva, a Comunicação e o Movimento da Reforma Sanitária, entre outros. As instâncias também fazem parte dessa matriz, onde são tratadas como dimensões sócio-discursivas concretas, estruturadas formalmente, como as organizações, mas também por princípios não formais de organização, como as famílias. Nessa matriz, as comunidades discursivas são os grupos de pessoas que produzem, fazem circular discursos, que neles se reconhecem e são por eles reconhecidos. Elas ocupam uma posição especificadora das instâncias, são espaços onde se manifestam e podem ser observados os fatores de mediação, de natureza e amplitude diversas. Esses fatores derivam de vários contextos analisados.

Todavia, Araújo e Cardoso (2007) lembram que até hoje prevalece um modelo positivista, tanto na comunicação como na saúde. Esse modelo acredita que a sociedade é movida pelo consenso, pela exclusão dos desacordos, não considera as influências externas, a causa de todas as coisas é única, ou seja, o seu ideal é a ordem. Em contrapartida, existe o

modelo conflitual, o qual crê que na sociedade está presente uma luta por diferentes interesses, colocando visível as contradições presentes.

Hoje, sabe-se que é fundamental a construção de modelos comprometidos com o direito à saúde, à educação, à comunicação e à informação, ou seja, saberes e práticas comprometidos com o SUS, especialmente com a participação social.

5 COMUNICAÇÃO EM SAÚDE E PARTICIPAÇÃO SOCIAL

A comunicação como desafio para o SUS foi expressa nas Conferências Nacionais de Saúde, especialmente, no contexto da Reforma Sanitária.

Segundo a lei 8142 (BRASIL, 1990b), a Conferência de Saúde reunir-se-á cada 4 anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por este ou pelo Conselho de Saúde. Então, as

Conferências Nacionais de Saúde (CNS) são espaços onde são traduzidas as ações e correlações de forças da área da saúde, são um exemplo da crescente relevância da comunicação para além da sua dimensão instrumental. Essas conferências se iniciaram no governo de Getúlio Vargas, e foi somente a partir da década de 1980 que começaram a perder seu caráter estritamente técnico. Iniciaram a partir daí um processo em que havia a representação de vários segmentos sociais, que se reúnem para discutir, a cada quatro anos, e propor diretrizes para as políticas nacionais, estaduais e municipais de saúde.

Algumas conferências trouxeram, ao longo dos anos, a comunicação como um dos temas a ser discutido. Na VIII CNS, realizada em 1986, foi discutido sobre o direito à informação, à educação e à comunicação, considerado inerente ao direito à saúde. E a partir da IX CNS, em 1992, a comunicação, a informação e a educação passaram a ser discutidas em outra perspectiva: a da ampliação da participação social, condição para a democratização do Estado. A X CNS, em 1996, realizada em pleno processo de democratização da saúde, elaborou prazos para a criação de uma política nacional de informação, educação e comunicação em saúde, que deveria incluir a organização de um sistema nacional que relacionasse esses três componentes. A XI CNS, em 2000, elencou sugestões para a construção de políticas coerentes com o SUS e enfatizou a constituição de uma Rede Pública Nacional de Comunicação em Saúde. Tratou também da comunicação com o Ministério Público e o Legislativo, da comunicação pública para a eficácia dos serviços de saúde, de programas específicos e de estratégias de divulgação. A XII CNS, em 2003, confirmou as indicações da XI realçando a Rede Pública Nacional de Comunicação, e aconselhou a realização da I Conferência Nacional de Informação, Comunicação e Educação Popular em Saúde. E, finalmente, a XIII CNS, realizada em 2007, buscou a garantia de recursos financeiros para a implementação das ações de comunicação e informação em saúde; e também ressaltou que os conselhos de saúde devem criar e manter instrumentos de comunicação para garantir o acesso à informação sobre os assuntos tratados pelos próprios conselhos e suas resoluções. Essa última conferência manteve um discurso a favor da realização da I Conferência Nacional de Comunicação³. (BRASIL, 2007)

Ainda que as Conferências Nacionais de Saúde e os Conselhos de Saúde sejam espaços instituídos de participação, entende-se aqui que a participação social ocorre em diversos espaços, de diferentes formas e com diferentes propósitos. Ela é mais ampla que o controle social. No *site*, do Ministério da Saúde, SUS de A a Z, a definição de participação social é:

³ A Primeira Conferência Nacional de Comunicação veio a ocorrer em Dezembro de 2009 em Brasília.

[...] uma das maneiras de se efetivar a democracia, por meio da inclusão de novos sujeitos sociais nos processos de gestão do SUS como participantes ativos nos debates, formulações e fiscalização das políticas desenvolvidas pela Saúde Pública brasileira, conferindo-lhe legitimidade e transparência. Com previsão constitucional e legal, a participação popular confere, à gestão do SUS, realismo, transparência, comprometimento coletivo e efetividade de resultados. Está diretamente relacionada ao grau de consciência política e de organização da própria sociedade civil. O SUS deve identificar o usuário como membro de uma comunidade, com direitos e deveres, e não como receptor passivo de benefícios do Estado. (BRASIL, [2004])

6 INTERFACES ENTRE PARTICIPAÇÃO SOCIAL, COMUNICAÇÃO E SAÚDE

Como dito, a pesquisa teve com base o levantamento dos artigos publicados nos periódicos da área da saúde disponíveis no Scielo. E para a realização de tal, foram utilizadas as seguintes expressões de busca: saúde, participação, participação social, comunicação e comunicação em saúde, conforme resultado apresentado abaixo:

Expressão de busca	Resultado
Saúde	21783

Participação	2444
Participação Social	42
Comunicação	2033
Comunicação em Saúde	13

Quadro 1 – Resultado da pesquisa por expressão (em todos os índices)

Fonte: O Autor

No resultado obtido (Quadro 1), pode-se observar a grande quantidade de artigos que tratam da área da saúde (21783), da participação (2444) e da comunicação (2033). Contudo, ao refinar a pesquisa pelas expressões “participação social” e “comunicação em saúde” o resultado reduz significativamente para 42 e 13 artigos, respectivamente. Desse universo geral, foi realizado, também para fins de refinamento da busca, um cruzamento das expressões, uma vez que o objetivo deste trabalho é compreender as possíveis interfaces entre “comunicação em saúde” e “participação social”.

Conjuntos	Expressões de busca	Resultado	Selecionados
01	Participação + Comunicação + Saúde	49	09
02	Participação + Comunicação em Saúde	05 (inclusos no conjunto 01)	05 (inclusos no conjunto 01)
03	Comunicação + Participação Social	02 (inclusos no conjunto 01)	02 (inclusos no conjunto 01)
04	Participação Social + Comunicação em Saúde	0	-

Quadro 2 – Resultado da pesquisa por cruzamento das expressões (em todos os índices)

Fonte: O Autor

Assim, no Quadro 2, os resultados foram apresentados segundo os cruzamentos entre as expressões de busca, definidos aqui como conjuntos, conforme a coluna 01. Pode-se observar que os resultados dos conjuntos 02 e 03 (participação + comunicação em saúde; e comunicação + participação social), que somam um total de 07 artigos, estão incluídos no conjunto 01 (participação + comunicação + saúde) que apresentou um total de 49 artigos. Chama a atenção o fato do cruzamento entre “participação social” e “comunicação em saúde” resultar em nenhum artigo, o que pode indicar um problema na indexação das palavras-chave ao conteúdo apresentado nos artigos. Seguindo o resultado apresentado pelos cruzamentos, foram então selecionados os 05 artigos do conjunto 02 e os 02 artigos do conjunto 03, isto é, os 07 artigos que também estão incluídos no conjunto 01.

Desta forma, o conjunto 01 tornou-se referência para a pesquisa e foram, portanto, lidos todos os resumos dos artigos, sendo excluídos 08 publicados em inglês e 32 que não apresentavam em seus resumos os conceitos e relações pesquisadas. Foram selecionados ao final 09 artigos para serem analisados, não na perspectiva de quantificar objetos, concepções e abordagens teóricas, mas de problematizar a relação entre comunicação e participação social no campo da saúde coletiva.

6.1 INTEGRAÇÃO ENTRE AÇÕES DE SAÚDE, DE COMUNICAÇÃO E COMUNITÁRIAS

De forma geral, os estudos abordam a relação entre saúde, comunicação e participação social do ponto de vista da integração entre as ações. Como exemplo dessa abordagem, apresentamos abaixo a preocupação enunciada na maioria dos artigos.

Matos, Meneguetti e Gomes (2009) discorrem sobre a experiência de articulação dos serviços de saúde com rádios comunitárias que objetivou alcançar uma maior união de esforços de comunicação em saúde com a comunidade. A experiência foi realizada através de oficinas, onde utilizaram materiais de apoio como excertos de textos acadêmicos, pinturas, charges, caricaturas, músicas, poesias, mensagens, entre outros. Além disso, foi elaborada uma radionovela que é baseada em um encontro semanal de duas famílias, o que possibilitou colocar os significados de doença e saúde sob o ponto de vista de duas parcelas da população. Para a realização de tal, foram selecionados participantes dos serviços de saúde de diversas funções, de onze rádios que se comprometeram em enviar um ou dois radiocomunicadores para participar; e foram plotadas, no mapa municipal de Guarulhos, as áreas de abrangência das rádios e dos serviços de saúde. As oficinas foram iniciadas com uma conversa acerca das relações entre pintura, charge ou caricatura escolhida e o tema. Posteriormente, os participantes tinham como tarefa ler o capítulo da novela e o excerto do texto acadêmico e elaborar argumentos pró e contra as posições ali presentes. Em seguida, foi aberto um momento para homogeneização do entendimento, identificação de dúvidas, relação entre a novela e seu cotidiano, elaboração de argumentos e apresentação. E ao longo destas oficinas foram feitas avaliações dialógicas.

Bydlowski, Westphal e Pereira (2004), ao discutir a promoção da saúde como uma perspectiva que propõe uma intervenção sobre os determinantes do processo saúde-doença, problematiza a importância da participação social como exercício de cidadania, da democratização da informação e dos meios de comunicação nesse processo. Os autores

afirmam que hoje os meios de comunicação têm um grande papel na determinação dos pensamentos e comportamentos dos indivíduos. E que são instituições mais eficazes de manutenção da hegemonia. Ao tratar da saúde, esses meios a transformam em mercadoria.

Oliveira et al (2007) enfatizam a importância da participação de grupos populacionais na construção de campanhas publicitárias na área da saúde, para entender como essas são compreendidas de acordo com as especificidades de cada indivíduo. A pesquisa apresentada entrevistou quatro profissionais e quatro usuários a respeito de um cartaz que informa sobre a prevenção de DST/AIDS. A cada um foram feitas três perguntas: qual mensagem que o cartaz transmite; o que funciona como elemento motivador daquele cartaz; e o que poderia funcionar como um elemento dificultador do entendimento.

Cyrino e Cyrino (1997) valorizam o direito à informação como condição básica para o exercício pleno da cidadania e buscam práticas e meios adequados a sua difusão, havendo uma aproximação da área de informação com os campos da comunicação e da educação em saúde. E com o intuito de identificar os principais problemas de comunicação entre Serviços de Saúde e Comunidade foram realizados dois encontros de comunicação e saúde por um núcleo formado pela articulação Universidade, Serviços Locais de Saúde e Comunidade, incentivado pelo projeto UNI (Uma Nova Iniciativa para a educação dos profissionais de saúde: em união com a comunidade). E foi com base nos problemas identificados nesses encontros e na vivência das questões locais de saúde, que os membros do Núcleo de Comunicação e Saúde estruturaram-se em quatro grupos de trabalho, como forma de operacionalizar ações e atividades de Comunicação e Educação em Saúde.

Rangel-S (2008) coloca em evidência alguns problemas sobre a prática de educação, comunicação e mobilização comunitária no controle da dengue. E para tal, faz um levantamento e uma análise da literatura sobre o assunto, de um total de 22 artigos publicados nas bases da Biblioteca Virtual em Saúde - Saúde Pública (BVS-SP), no período de 1977 a 2006, concentrados nos estados de São Paulo e Rio de Janeiro.

Camargo-Borges e Mishima (2009) tratam a participação social como um recurso fundamental para a sustentação da atenção básica no SUS. Os autores fizeram um estudo que selecionou um grupo que pertence a uma Unidade de Saúde da Família do interior do Estado de São Paulo, e teve por objetivo apresentar uma análise deste grupo, dando visibilidade para os processos conversacionais entre trabalhadores de saúde e usuários, mostrando como certas posturas favorecem a construção do engajamento, do vínculo e da co-responsabilidade, produzindo um espaço mais participativo. As conversações grupais foram gravadas,

transcritas e analisadas. Os recortes selecionados para tal análise apontam o grupo exercendo um elo entre a unidade de saúde e a comunidade.

Langdon et al (2006) examinam os resultados sobre uma pesquisa acerca dos agentes indígenas de saúde (AIS), integrantes da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI), nas terras indígenas Xapecó e Laklãnõ em Santa Catarina, que são vistos como um elo entre os saberes tradicionais e também entre os membros da comunidade e os da equipe. Tal pesquisa tinha por objetivo analisar o papel do AIS na atenção básica dirigida às comunidades indígenas de Santa Catarina, buscando trazer dados para subsidiar a melhoria da qualidade de serviços de saúde em contextos interculturais, bem como o controle social.

6.2 COMUNICAÇÃO E CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE

Dos artigos analisados um trata da comunicação como uma ação fundamental para a democratização das informações e para o fortalecimento do controle social. Oliveira (2004), inicia o texto falando que um dos objetivos da participação popular no SUS é o controle social. O autor contextualiza esse conceito como uma parte essencial das políticas públicas para a saúde, entendendo que faz parte de uma proposta pela democratização do Estado e pela busca de participação da sociedade nas políticas públicas. O exercício do controle social acontece em várias instâncias da sociedade, como as associações profissionais da área, as associações dos usuários, o Ministério Público e através dos conselhos de saúde que envolvem um grande número de cidadãos nas funções de fiscalizar e deliberar sobre o funcionamento do Sistema Único de Saúde em todo o país.

Segundo Oliveira (2004), os conselhos de saúde estão previstos institucionalmente e, em princípio, não dependem da mobilização da população para funcionar. No entanto, no exercício de suas funções, demandam do cidadão, das comunidades e das organizações com eles envolvidos crescente capacidade para atuar politicamente e promover negociações ou acordos, resolver conflitos, fiscalizar ou estabelecer prioridades para o campo da saúde.

Além disso, o autor lembra que se os conselhos significam uma perspectiva democrática e uma inegável conquista política da sociedade civil, por outro lado, a concretização de suas proposições depende da maneira de como funcionam ali os núcleos de poder e de que maneira ocorrem as interações entre os representantes do governo, dos trabalhadores e dos usuários nesse ambiente político.

Podemos entender, hoje também, os conselhos de saúde no contexto do fenômeno político denominado *accountability*, ainda uma novidade no Brasil, que nada mais é do que

um processo que invoca a responsabilidade objetiva e subjetiva das instituições e dos responsáveis por seu funcionamento, através da organização da sociedade e da constituição de espaços públicos democráticos. Significa que autoridades e instituições públicas podem ser publicamente questionadas, cobradas, estando, portanto, obrigadas a prestar contas de seus atos diante dos outros atores sociais. Onde quem o promove são diferentes constelações de atores sociais que vão desde o indivíduo isolado até os cidadãos organizados (movimentos sociais, associações comunitárias, sindicatos, entre outros) e algumas instituições voltadas especialmente para este mister, como o Ministério Público, a mídia, as ouvidorias de algumas organizações empresariais e instituições públicas.

6.3 COMUNICAÇÃO E GESTÃO PARTICIPATIVA

Guizard e Cavalcanti (2010) partem do movimento de remeter a gestão em saúde ao projeto da Reforma Sanitária, o que parece constituir a participação política no cotidiano institucional do SUS como problema teórico e político fundamental. Têm o intuito de interrogar como a gestão dos serviços e sistemas de saúde tem respondido ao projeto democrático do SUS. Apontam que a presença marcante de artifícios normativos, constituídos de forma centralizada, mostra qual tem sido a tendência hegemônica na gestão das políticas de saúde. Os autores fazem uma crítica à normalização e a racionalização das práticas, como caminho inevitável para a construção de outro modelo assistencial, determinam as formas de gestão das políticas de saúde e as práticas institucionais do gestor. Afirmam que

Tais referências são aqui retomadas porque se traduzem em tecnologias de gestão em saúde que apresentam um forte viés técnico e centralizador. Não é difícil constatar que, mesmo advogando a participação popular e o planejamento ascendente, os modelos de gestão propostos no âmbito do planejamento e da programação em saúde redundaram na permanência de práticas de gestão calcadas na centralização normativa das políticas públicas e no controle do processo de trabalho nas instituições de saúde. (GUIZARD; CAVALCANTI, 2010, p. 635)

Ressaltam, também, que um importante esclarecimento é necessário no esforço de reconhecer o cotidiano institucional como contexto de participação política. E que mesmo sendo o SUS organizado de forma centralizada, todos os sujeitos são autores, ou seja, mediadores, desse desenho institucional.

E para possibilitar a gestão democrática e logo, participativa, os autores partem de uma perspectiva relacional ou mediadora das práticas de comunicação e colocam que o problema da gestão das práticas institucionais tem por base a compreensão de que o cruzamento entre política, ética e atividade humana resulta da relação dialógica com o outro,

seguindo assim, as idéias de Bakthin, não pretendendo reduzir a experiência ao sentido lingüístico.

Ao tratar da dimensão política da experiência, procuram por em discussão a gestão em saúde a partir das implicações normativas da atividade em sua produção dialógica de sentidos e efeitos de realidade.

Ao colocarem suas considerações sobre os modos de produção contemporâneos Guizard e Cavalcanti (2010) observam que

Trazer para o contexto da gestão em saúde as implicações normativas da atividade significa afirmar que a gestão é feita por todos, é responsabilidade ética de todos, já que, mesmo sob os maiores cerceamentos, a atividade do humano produz realidade. Isso significa pensar a realidade (institucional) necessariamente como produção compartilhada. (GUIZARD; CAVALCANTI, 2010, p. 638)

As novas tecnologias de informação e comunicação (NTIC) introduzem uma inédita dinâmica de cooperação horizontal, em que se efetivam produção, circulação e acumulação de conhecimento sem constrangimentos de ordem temporal ou espacial.

Na visão dos autores, discutir a co-gestão no âmbito das instituições de saúde representa uma passagem do entendimento da gestão como organização da operação de tarefas e ações, para o plano da articulação em rede das atividades de produção de saúde.

O desafio colocado para a gestão, no contexto de luta pela construção do SUS, implica a constituição de novas tecnologias de governo, novas institucionalidades abertas à mobilidade das relações estratégicas, que reconheçam e afirmem a dimensão política (normativa) da atividade.

6.4 POLISSEMIA, DIALOGISMO E PARTICIPAÇÃO SOCIAL

Em sua maioria, os artigos têm como base teórica os conceitos de polissemia e dialogismo, que implicam na superação do modelo hegemônico e que presumem a participação dos sujeitos, as diversas vozes que defendem posições políticas, interesses e lutas no mercado simbólico. Ou seja, prevalece uma concepção e um modelo de comunicação que pressupõe a participação social, seja do ponto de vista de Freire, Bakthin ou Bourdieu.

De acordo com Matos, Meneguetti e Gomes (2009) uma das preocupações centrais ao realizar o projeto das oficinas, com comunicadores e profissionais de saúde, foi evitar a repetição do modelo pedagógico linear e unidirecional. Desta forma, se buscou um formato de trabalho que desse aos participantes a possibilidade de trazer seus significados para doença e para a saúde e a oportunidade de trocar conhecimentos, afetos e “estados de ânimo”. Os

autores trabalharam com a perspectiva de Bourdieu, que define que cada pessoa, ainda que não saiba ou não queira, tem suas ações produzidas dentro de um contexto social, do qual não é a produtora isolada, nem possui domínio completo.

Rangel-S (2008) ressalta que a comunicação e a educação hoje são entendidas não mais de forma unidirecional, como transmissão de conhecimentos e informações entre um emissor e um receptor, mas como circulação e significação de signos entre múltiplos emissores e receptores de mensagens. Somos todos emissores e produtores e, simultaneamente, receptores ativos, capazes de interpretar mensagens. Temos, então, um sistema complexo de signos e significados públicos, que não estão acomodados na mente das pessoas, mas nas relações sociais e, dessa forma, circulam nos contextos onde estão inseridos muitos outros textos. Portanto, os processos de atribuição de sentidos são mediados por um conjunto articulado de formas simbólicas em contextos particulares. Com isto temos de considerar esse conjunto complexo de mediações para que ações de comunicação, educação e mobilização possam ter sucesso.

Camargo-Borges e Mishima (2009) se baseiam na perspectiva da construção dialógica do conhecimento em que diferentes formas de narrar e interpretar um mesmo evento geram diversas histórias e resultados. Eles fundamentam a idéia de que tanto os profissionais de saúde como os usuários detêm o saber, há uma troca de conhecimento, em que se busca discutí-lo e ampliá-lo, trazendo assim a perspectiva de Paulo Freire. Os autores chamam a atenção para o fato do processo comunicativo não ser antagônico e sim de aproximação, visto que é por meio destas interações que se darão as mudanças.

Oliveira (2004) observa que uma vez explicitados o contexto, as características e a natureza do funcionamento dos conselhos de saúde, se estabelece a premissa de que eles não existem ou funcionam fora de práticas discursivas constituídas por diferentes modos de produção, circulação e recepção de bens simbólicos que implicam no estabelecimento de redes internas e externas de comunicação e de informação. Defende que a comunicação verdadeiramente democrática e passível de tornar o homem responsável pelo seu próprio destino e capaz de problematizar o mundo, se dá através da relação dialógica. Traz a perspectiva de Freire ressaltando que o ato comunicativo eficiente se dá apenas quando os sujeitos são reciprocamente comunicantes e que a comunicação seja percebida dentro de um quadro significativo comum ao outro sujeito. E traz a idéia de Bakhtin ao afirmar que os discursos, como elementos centrais da comunicação, estão presentes em todo ato consciente, em todo ato de compreensão e em todos os atos de interpretação.

Cyrino e Cyrino (1997) apresentam, também, a perspectiva de Freire, que se opõe ao modo de realizar a comunicação segundo o modelo “emissor-receptor”, sugerindo que é preciso uma relação dialógica como um processo que impediria a sobreposição de um saber sobre outro. Nesse mesmo sentido, Oliveira et al (2007) discutem a importância de considerar os determinantes culturais e as especificidades de determinados grupos ou populações na construção de campanhas publicitárias na área da saúde.

6.5 DIFICULDADES E DESAFIOS PARA A COMUNICAÇÃO E PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO ÂMBITO DA SAÚDE

Observa-se que muitos desafios ainda estão presentes quando tratamos do tema comunicação em saúde e participação social. De modo geral, uma das dificuldades mais presentes nos estudos foi a persistência de um modelo de comunicação “emissor-receptor”, que considera somente um dos pólos como detentor de conhecimento. Rangel-S (2008) é um dos autores que coloca o modelo de comunicação, que fundamenta as práticas de comunicação e educação, e o modelo de participação social, como problemas a serem resolvidos. E considera que, nesse sentido, é preciso refletir que a introdução de inovações nas práticas de comunicação e educação em saúde é um grande desafio, pois aponta para mudanças nas formas de realizar essas práticas no sistema de saúde brasileiro.

Oliveira (2004) lembra que é nítida a concentração de poder simbólico e material no pólo institucional, ou seja, no espaço da gestão. Ressaltando que isso nem sempre se dá, mas em sua maioria é o que prevalece. O autor ressalta que essa situação distancia-se bastante das proposições dos modelos dialógicos da comunicação, e o principal desafio é tentar responder se esses modelos são possíveis ou não de serem estabelecidos ou implementados no todo ou em parte. Sendo esta a comunicação adequada e desejável ao processo de participação popular no Sistema Único de Saúde e, em particular, nos conselhos de saúde. O autor observa que o desafio de se entender e analisar a importância e a necessidade da comunicação para a participação popular não deve se restringir ao universo acadêmico, mas também incluir os conselheiros de saúde de todo o Brasil. E que não basta constatar a necessidade da comunicação e da informação, mas passar desse estágio para outro em que sejam efetivadas políticas, processos e recursos de comunicação e informação, preferencialmente dialógicos, para o exercício democrático do controle social e da participação popular no SUS.

Camargo-Borges e Mishima (2009) apontam a importância das práticas dialógicas promovendo relações mais colaborativas entre trabalhadores de saúde e usuários. E trazem a

Responsabilidade Relacional como um conceito teórico/prático do construcionismo social, onde esse é um discurso que se interessa pela investigação do que acontece entre as pessoas nos seus encontros e de como ocorre a construção de sentidos sobre as coisas nas suas relações. O construcionismo social se baseia na perspectiva da construção dialógica do conhecimento em que diferentes formas de narrar e interpretar um mesmo evento geram diversas histórias e resultados. Nesse sentido, a Responsabilidade Relacional é uma ferramenta que dá sustentação ao construcionismo social como uma teoria relacional e como recurso promotor de novas possibilidades em saúde. Os autores acreditam que uma intervenção mais dialógica pode gerar oportunidades de novas formas de relacionamento entre trabalhador de saúde e comunidade. Da parte dos profissionais, uma relação mais próxima em que eles sejam mais do que simples produtores de técnicas a serem aplicadas, o que acaba por afastá-los de uma interação espontânea e envolvida com os usuários/população. Da parte da comunidade, uma relação menos passiva, em que as pessoas possam se comprometer mais ativamente com os projetos para a saúde local.

Oliveira et al (2007) observam, ao concluir a pesquisa apresentada no artigo, que a opinião dos profissionais de saúde a respeito do cartaz sobre DST/AIDS foi diferente da dos usuários. A partir disso, os autores percebem a necessidade de refletir sobre os modos de elaboração e utilização dos cartazes de saúde; estes devem considerar, além da finalidade social, não só o ponto de vista dos produtores, mas também o dos profissionais e da população a que se destinam.

Cyrino e Cyrino (1997) ressaltam outros empecilhos à participação social apontados em seu estudo, como a falta de informação aos servidores da saúde e à comunidade a respeito do funcionamento dos Conselhos de Unidades de Saúde (CONUS), a circulação de informações distorcidas a respeito do funcionamento dos CONUS, a resistência dos servidores da saúde à participação por reconhecerem um papel fiscalizador do CONUS sobre as atividades do serviço, a falta de comunicação a respeito da instalação e organização do CONUS com a Secretaria de Saúde, servidores da saúde e comunidade.

Langdon et al (2006) comentam, também, sobre a falta de comunicação, que na medida em que aumenta entre os Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e o resto da equipe, maiores parecem os conflitos e a ambigüidade que são gerados tanto para os agentes quanto para a comunidade e os profissionais de saúde. Apesar dos AIS serem definidos como representantes da comunidade que participam nos serviços e nas atividades de controle social, eles, como membros contratados da equipe, percebem que a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) é sua instituição de referência e isso pode criar uma situação de conflito de

identidade entre esses agentes. Demonstrou-se no artigo que há uma falta de receptividade por parte da equipe e do gestor para a contribuição dos AIS nos processos de participação e controle social.

Pela análise dos artigos, percebe-se que são diversos os desafios encontrados nas experiências que articulam comunicação e participação social na saúde. Dentre eles, destaca-se a inconstância dos trabalhadores nos espaços de participação e a ação da mídia como pontos que precisam ser superados. Matos, Meneguetti e Gomes (2009) ressaltam que a instabilidade na participação dos radiocomunicadores dificultou a formação dos grupos de trabalho, com decorrências negativas para o processo educativo com a comunidade. E segundo Bydlowski, Westphal e Pereira (2004), os meios de comunicação acabam sendo um elemento dificultador para a promoção da saúde, pois se distanciam dos problemas que realmente afligem a população e da sua causalidade múltipla. Raramente ouvem os movimentos populares de saúde, enfermeiros ou paramédicos que difundem práticas inovadoras promotoras de saúde, só procurando notícias contundentes e negativas, que vendam o jornal ou a revista ou aumente a audiência do rádio ou da televisão. Por isso, os autores afirmam que seria muito importante uma cooperação destes meios de comunicação para contribuir nesse processo de luta pela promoção da saúde, contudo, o compromisso desses com a promoção da saúde é praticamente nulo. Em algumas situações, pode-se até dizer que estes meios colocam-se contra certos pressupostos da Promoção da Saúde. Porém, o autor coloca que o grande desafio a ser resolvido é a definição de novos valores sociais, um problema de dimensão filosófica. O que significa enfrentar o dualismo e a alienação e, assim, abrir caminho para a adoção de estratégias como as da Promoção da Saúde que privilegiam uma visão ampla e eqüitativa da realidade.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como dito, o SUS é fruto da luta política por um sistema democrático que define a saúde como um direito de todos. Contudo, muitos de seus objetivos ainda não foram alcançados, e dentre esses desafios, encontramos a comunicação e a participação caminhando juntas, como se houvesse uma dependência entre ambas, no sentido de que a comunicação deve ser participativa e a participação comunicativa.

Os artigos analisados no decorrer desta monografia evidenciaram essa relação, na maior parte dos casos, por meio da mediação ou integração entre profissionais de saúde e comunidade. Como visto no texto de Langdon et al que trazem o agente indígena como um mediador com a população, estes irão estabelecer uma troca de saberes. Observou-se, também, que os autores Matos, Meneguetti e Gomes (2009), discorrem sobre uma experiência que articula os serviços de saúde com as rádios comunitárias com o objetivo de produzir, cada vez mais, uma maior união entre esses serviços e a comunidade.

O desenho do projeto considerou o caráter ampliado do conceito de saúde e o potencial articulador desenhado pelo SUS. Sua contribuição considerou a idéia de que todo prestador de serviço presente num mesmo território possa se relacionar, formando redes institucionais que interajam com a comunidade de forma técnica, ao mesmo tempo, amigável, respeitosa aos saberes de outra origem e solidária com os movimentos de construção da cidadania. (MATOS; MENEGUETTI; GOMES, 2009, p. 442)

Observou-se que no jogo polissêmico a participação aparece acompanhada dos termos: social, comunitária, popular e política, onde é válido um estudo a respeito deste para saber se há diferenças entre esses termos ou se são correlatos.

Além disso, notou-se um grande avanço no campo teórico que aponta para um modelo de comunicação mais participativo, onde todos são considerados interlocutores, já que, todos possuem saberes. Passa-se a desconsiderar que somente um dos pólos é detentor de conhecimento, tornando a comunicação mais dialógica. Porém, estes avanços não acompanham a prática, ainda perduram os modelos hegemônicos, unidirecionais, que consideram somente um dos pólos como detentor de saber.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Inesita Soares de. Mercado simbólico: um modelo de comunicação para políticas públicas. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 8, n. 14, p. 165-177, set. 2003 – fev. 2004.

ARAÚJO, Inesita Soares de; CARDOSO, Janine Miranda. **Comunicação e saúde**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007. 150 p. (Temas em saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Participação social em saúde. In: _____. **O SUS de A a Z: tópicos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [2004]. (Publicação on-line).

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório consolidado para a 13 Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Constitui%EAo_Compilado.htm>. Acesso em: 4 out. 2010.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei 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 dá outras providências. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 20 set. 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 4 out. 2010.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm>. Acesso em: 4 out. 2010.

BYDŁOWSKI, C. R.; WESTPHAL, M. F.; PEREIRA, I. M. T. B. Promoção da saúde. Porque sim e porque ainda não! **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 14-24, abr. 2004.

CAMARGO-BORGES, C.; MISHIMA, S. M. A responsabilidade relacional como ferramenta útil para a participação comunitária na atenção básica. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 29-41, mar. 2009.

CHAGAS, J.; TORRES, R. Reivindicações sociais durante a ditadura apontam a necessidade de democratização. **Revista Poli – Saúde, Educação e Trabalho**, Rio de Janeiro, ano 1, n. 1, set./out. 2008.

CYRINO, A. P.; CYRINO, E. G. Integrando comunicação, saúde e educação: experiência do UNI-Botucatu. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 1, n. 1, p.157-168, ago. 1997.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e teorias de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 2008.

GUIZARDI, F. L.; CAVALCANTI, F. de O. A gestão em saúde: nexos entre o cotidiano institucional e a participação política no SUS. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 14, n. 34, p. 633-646, set. 2010.

LANGDON, E. J. et al. A participação dos agentes indígenas de saúde nos serviços de atenção à saúde: a experiência em Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p. 2637-2646, dez. 2006.

MATOS, M. R. de; MENEGUETTI, L. C.; GOMES, A. L. Z. Uma experiência em comunicação e saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 13, n. 31, p. 437-447, set. 2009.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

OLIVIERA, V. de C. Comunicação, informação e participação popular nos Conselhos de Saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 56-69, ago. 2004.

OLIVEIRA, V. L. B. et al. Modelo explicativo popular e profissional das mensagens de cartazes utilizados nas campanhas de saúde. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 287-293, jun. 2007.

RANGEL-S, M. L. Dengue: educação, comunicação e mobilização na perspectiva do controle - propostas inovadoras. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 12, n. 25, p. 433-441, jun. 2008.