

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ICICT

Instituto de Comunicação e Informação
Científica e Tecnológica em Saúde

JULIANA LOFEGO

Diálogo, direito e vínculo na garantia da integralidade em saúde: visibilidade para as práticas de comunicação nos itinerários terapêuticos de mulheres na Amazônia Ocidental

Rio de Janeiro
2015

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Fundação Oswaldo Cruz

JULIANA LOFEGO

Diálogo, direito e vínculo na garantia da integralidade em saúde: visibilidade para as práticas de comunicação nos itinerários terapêuticos de mulheres na Amazônia Ocidental

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde (PPGICS) do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT/Fiocruz), como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Ciências.

Orientadora: Prof. Dra. Roseni Pinheiro

Rio de Janeiro
2015

Ficha catalográfica elaborada pela
Biblioteca de Ciências Biomédicas/ ICICT / FIOCRUZ - RJ

L828 Lofego, Juliana

Diálogo, direito e vínculo na garantia da integralidade em saúde: visibilidade para as práticas de comunicação nos itinerários terapêuticos de mulheres na Amazônia Ocidental / Juliana Lofego. – Rio de Janeiro, 2015.

viii, 191 f. : il. ; 30 cm.

Tese (Doutorado) – Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde, 2015.

Bibliografia: f. 166-177

1. Comunicação e saúde. 2. Direito a comunicação. 3. Diálogo. 4. SUS. 5. Políticas públicas. 6. Integralidade em saúde. I. Título

CDD 610.14

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Fundação Oswaldo Cruz

JULIANA LOFEGO

Diálogo, direito e vínculo na garantia da integralidade em saúde: visibilidade para as práticas
de comunicação nos itinerários terapêuticos de mulheres na Amazônia Ocidental

Comissão examinadora

Prof. Dra. Roseni Pinheiro
Presidente - orientadora (PPGICS/ ICICT/Fiocruz e PPGSC/ IMS/UERJ)

Prof. Dra. Janine Miranda Cardoso
Membro interno (PPGICS/ ICICT/Fiocruz)

Prof. Dr. Valdir de Castro Oliveira
Membro interno (PPGICS/ ICICT/Fiocruz)

Prof. Dr. Marco André Feldman Schneider
Membro externo (PPGCI-Ibict /UFRJ e PPGMC-UFF)

Prof. Dr. Aluisio Gomes da Silva Junior
Membro externo (PPGSC/ISC/UFF)

Prof. Dra. Katia Lerner
Suplente interno (PPGICS/ ICICT/Fiocruz)

Prof. Dr. André Mendonça
Suplente externo (PPGSC/ IMS/UERJ)

Rio de Janeiro, 12 de fevereiro de 2015

Aos amores - e pilares - da minha vida
meus pais, Mariana e Genserico
meus filhos, Ian e Tom
meu amado Rodrigo

AGRADECIMENTOS

Às mulheres que me contaram suas histórias, agradeço muito a confiança. Aos gestores e profissionais de saúde que me receberam no decorrer da pesquisa, aos entrevistados e também aos que ajudaram na definição do campo, nas autorizações, nas indicações de entrevistadas, nas muitas dicas e reflexões.

À Roseni Pinheiro, minha orientadora, pela dedicação e apoio incondicional no processo de orientação e pela generosidade na longa parceria de projetos e pesquisas comigo e com os companheiros do Acre, que hoje integram a Incubadora da Integralidade.

Aos professores e funcionários do PPGICS/ Icict, pelo aprendizado e acolhida, em especial à professora Inesita Araújo, pelas muitas colaborações nessa jornada acadêmica.

Aos membros da banca examinadora da qualificação e da defesa, pela disposição em participar deste momento e pelas sugestões sempre oportunas, os professores do programa Janine Cardoso, Valdir Oliveira, Katia Lerner e Inesita Araújo, e aos convidados Aluisio Gomes da Silva Junior, Marco Schneider, André Mendonça e Tânia Lago.

À minha turma avassaladora de 2011, pela deliciosa convivência nesses anos, pelas conversas e parcerias, aos queridos Irene, Mariana, Martha, Marcelo Vieira e Marcelo Robalinho, e à Valéria, em nome de todos os mestres.

Aos amigos e companheiros do Lappis, agradeço muito o apoio e carinho na temporada carioca, em especial a Julio, Letícia, Wanda, Elias e também à toda equipe de comunicação, em nome de Carol, Ana Cláudia, Fabiana, Marina, Dani, Felipe. À equipe Lappis-Acre, um agradecimento a Eufrásia, Dani e Osvaldo, estendido a todo animado e comprometido grupo.

Aos professores e amigos do curso de Jornalismo da UFAC, agradeço pelo ambiente harmonioso e o aprendizado constante com todos, especialmente a Wagner, Aleta, Francielle, Aquinei, ao secretário João Araújo, ao diretor do CFCH Jacó Piccoli e aos alunos que nos motivam a conhecer e aprender mais a cada dia.

A meus pais, Mariana e Genserico, pelo carinho, apoio e incentivo em todos os momentos da vida, a meu irmão Flávio e minha sogra Sonia, pelas conversas que sempre iluminam meus pensamentos. À minha família ampliada, Criseuda, Orlando, Creuza e Alcimar, que ajudam a vida a ter mais harmonia.

A Rodrigo, Ian e Tom, pelo amor, felicidade e aprendizado que vocês me proporcionam diariamente.

Tudo é teu, que enuncias. Toda forma
nasce uma segunda vez e torna
infinitamente a nascer. O pó das coisas
ainda é um nascer em que bailam mésons.
E a palavra, um ser
esquecido de quem o criou; flutua,
reparte-se em signos – Pedro, Minas Gerais, beneditino
para incluir-se no semblante do mundo.
O nome é bem mais que o nome: o além-da-coisa,
Coisa livre de coisa, circulando.
E a terra, palavra especial, tatuada de sonhos,
cálculos.

Carlos Drummond de Andrade
(ANDRADE, 1974, p. 247)

RESUMO

LOFEGO, Juliana. **Diálogo, direito e vínculo na garantia da integralidade em saúde: visibilidade para as práticas de comunicação nos itinerários terapêuticos de mulheres na Amazônia Ocidental.** Tese (Doutorado). Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT/Fiocruz), Rio de Janeiro, 2015.

As práticas de comunicação, que compreendem diálogo, participação, produção, circulação e apropriação de informações, são observadas nas interações sociais relacionadas às experiências de adoecimento de mulheres no controle do câncer de colo de útero em um contexto da Região Norte do Brasil, onde há alta incidência e mortalidade. A pesquisa enfoca a perspectiva dialógica da comunicação, em que as ideias de vinculação e vínculo surgem como objeto, em um eixo transdisciplinar que possibilita a integração entre teoria e prática, identificando a dialogia como elemento constituinte das relações sociais, culturais, políticas onde ocorrem disputas simbólicas. Como desdobramento, traz reflexões sobre o direito à comunicação e suas implicações no direito humano à saúde. O direito à comunicação tem nos estudos do diálogo a base teórica e referência para um processo bidirecional e democrático, que inclui participação na construção de políticas públicas. As experiências e contextos estão interligados ao tripé de conceitos - diálogo, direito e vínculo – que se configuram como nexos constitutivos e constituintes da integralidade em saúde, cuja aplicabilidade no cotidiano da gestão e dos serviços de saúde está no reconhecimento dos usuários como sujeitos políticos. O diálogo envolve reciprocidade, por meio da qual as pessoas apreendem e reelaboram discursos, direito implica visibilidade para as demandas e o acesso a espaços e meios para exercer a cidadania e o vínculo se materializa pela compreensão das necessidades e respeito aos saberes das pessoas. Duas questões orientaram a pesquisa: uma de natureza teórica-epistemológica, visa a compreensão da comunicação em diferentes aspectos e contextos, com costura teórico-prática no campo da comunicação em saúde; outra, metodológica, foi a aposta em uma estratégia para relacionar as práticas de comunicação com o direito à saúde, tanto no cotidiano das mulheres nos serviços de saúde quanto nas ações da política pública. A estratégia metodológica utilizada foram os itinerários terapêuticos, no acompanhamento de relatos sobre a busca por cuidado com 16 usuárias do Sistema Único de Saúde. Também foram realizadas entrevistas com 15 gestores dos âmbitos nacional, estadual e municipal. As usuárias narram experiências em que a dificuldade em serem ouvidas e consideradas – base do direito à comunicação – interfere na garantia do direito à saúde. O uso instrumental da comunicação é naturalizado no cotidiano das unidades e instituições de saúde, não evidenciam aspectos políticos ou interesses que perpassam as práticas, que são baseadas principalmente na transferência de informação sobre normas ou procedimentos para usuários. Embora haja espaços e discursos abertos à participação dos usuários, as políticas públicas e os serviços não costumam incluí-los na construção e avaliação de orientações ou ações. Ressalta-se a responsabilidade do profissional da comunicação em saúde com os cidadãos no cotidiano, na visibilidade de suas necessidades e ampliação de espaços de diálogo, repensando as próprias práticas como lugar de reflexão e transformação.

Palavras-Chave: comunicação e saúde; direito à comunicação, diálogo, SUS, políticas públicas, integralidade em saúde

ABSTRACT

LOFEGO, Juliana. **Dialogue, right and human link in the assurance of health integrality: visibility to the communicational practices within the therapeutic itineraries for women in Western Amazon.** Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT/Fiocruz), Rio de Janeiro, 2015.

Communication practices, which include dialogue, participation, production, circulation and appropriation of information, are observed in social interactions related to women's experiences of illness in the control of uterine cervix cancer in Northern Brazil, where there is high incidence and mortality. The research focuses a dialogic approach in communication studies, in which the human link appear as an object. In a transdisciplinary axis that enables integration between theory and practice, dialogy is identifying as a constituent element of social, cultural, political relations where symbolic disputes occur. This reflects on the communication rights and its implications in human right to health. The right of communication has in dialogue studies the theoretical basis and reference for a bidirectional and democratic process, which includes participation in the construction of public policies. The background and experiences are linked to the tripod concepts - dialogue, law and linkage - which are constituent of health integrality. The applicability in management and health services everyday is in recognition of users as political subjects. The dialogue involves reciprocity through which people perceive and elaborate discourses, right includes visibility for the demands and access to spaces to exert citizenship and human link is materialized by understanding the needs and respect for people's knowledge. Two questions guided the research: one theoretical and epistemological nature, linking theories and practices in order to understand the communication in different aspects and contexts in the field of communication and health; another, methodological, invests on a strategy to relate the communication practices with the right to health, both in the daily lives of women users of health services and in the public policies. The methodological approach strategy followed therapeutic itineraries, monitoring reports about illness and care with 16 users of the Brazilian Unified Health System. It was interviews with 15 managers of the national, state and municipal health systems. Users tell of experiences in which the difficulty in being heard and considered - base of communication rights - interfere with the guarantee of their right to health. The instrumental use of communication is naturalized in the daily units and healthcare institutions, do not show political aspects or interests that underlie the practices, which are mainly based on the transfer of information on standards or procedures for users. Although there are speeches open to user participation, public policies and services tend not to include them in the construction and evaluation guidelines or actions. The responsibility of professional health communicators is emphasized in daily life, in the visibility of needs and expansion of opportunities for dialogue, rethinking the practices itself as space for reflection and transformation.

Keywords: communication and health; right to communication, dialogue, public health system, public policy, health integrality, integral care, comprehensive health care

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	1
1. TRANSDISCIPLINARIDADE: POLIFONIA TEÓRICO-EPISTEMOLÓGICA DA COMUNICAÇÃO E SAÚDE	7
1.1 DUPLA NATUREZA DA COMUNICAÇÃO: TÉCNICA E INTERACIONAL	12
1.2 VINCULAÇÃO E VÍNCULO COMO OBJETO DA COMUNICAÇÃO EM SAÚDE	17
1.3 A COMUNICAÇÃO COMO DIÁLOGO	20
1.3.1 Gêneros discursivos em Bakhtin	29
1.4 QUEM PODE FALAR E O QUE PODE SER DITO	34
1.5 ABORDAGEM ANALÍTICA DO DIÁLOGO	39
2. DIREITO À COMUNICAÇÃO COMO MANIFESTAÇÃO DO DIREITO HUMANO À SAÚDE.....	42
2.1 O DIÁLOGO COMO BASE TEÓRICA DA COMUNICAÇÃO COMO DIREITO ...	43
2.2 CONSTRUÇÃO DA IDEIA DE COMUNICAÇÃO COMO DIREITO HUMANO ...	47
2.3 INTEGRALIDADE NO DIREITO À SAÚDE E À COMUNICAÇÃO NO SUS	57
2.4 COMUNICAÇÃO NO CONTROLE DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO	68
3. QUESTÕES DE ESTUDO.....	76
4. PERCURSO METODOLÓGICO	77
4.1 CONTEXTO SITUADO: APONTAMENTOS SOBRE O CÂNCER DE COLO DE ÚTERO	77
4.2 ESTRATÉGIA METODOLÓGICA DOS ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS	84
4.3 O CAMPO DA PESQUISA.....	92
4.4 ANÁLISE E ASPECTOS ÉTICOS	97
5. DIÁLOGO, DIREITO E VÍNCULO: TRIPÉ CONCEITUAL DAS PRÁTICAS DE COMUNICAÇÃO PARA INTEGRALIDADE EM SAÚDE.....	99
5.1 ITINERÁRIOS DO DIÁLOGO	102
5.1.1 Diferenças na comunicação: dos discursos às práticas	102
5.1.2 A busca por respostas e formas de ser ouvida.....	105
5.1.3 Informação para o usuário se adaptar à lógica do serviço.....	110
5.1.4 Compreensão de comunicação por usuárias e gestores.....	113

5.2 ITINERÁRIOS DO DIREITO	117
5.2.1 Estratégias discursivas: fazer o maior barraco e acionar mediadores	117
5.2.2 “É um direito muito demorado”	121
5.2.3 A comunicação na política pública	129
5.2.4 Espaços de direito à voz	134
5.3 ITINERÁRIOS DO VÍNCULO	141
5.3.1 Autorregulação e responsabilidade profissional	141
5.3.2 (Des)continuidade do cuidado relacionada ao vínculo	144
5.3.3 Responsabilidade: o ouvinte é um falante	150
5.3.4 Diferentes vínculo:na rede de relações aos condicionantes simbólicos	154
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	160
REFERÊNCIAS	166
APÊNDICES	178
APÊNDICE A – ROTEIRO DA ENTREVISTA COM USUÁRIAS	179
APÊNDICE B – ROTEIROS DE ENTREVISTA COM GESTORES	180
APÊNDICE C - TERMOS DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	183
ANEXOS	185
ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	186

LISTA DE SIGLAS

CAF – Cirurgia de Alta Frequência

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

Cecon – Centro de Controle Oncológico do Acre

CNS – Conferência Nacional de Saúde

INCA - Instituto Nacional do Câncer

Lappis – Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde

NIC - Neoplasia Intra-epitelial Cervical

PCCU – preventivo do câncer de colo de útero (exame)

PNCCCU – Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo de Útero

Semsa – Secretaria Municipal de Saúde (Rio Branco)

SUS – Sistema Único de Saúde

TFD – Tratamento Fora de Domicílio

Unacon – Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (Acre)

URAP – Unidade de Referência à Atenção Primária

USF – Unidade de Saúde da Família

APRESENTAÇÃO

A comunicação humana é um fenômeno amplo que envolve relação entre pessoas, interação, informação, transmissão, participação. O fascínio pelas tecnologias que a potencializam na sociedade contemporânea fortalece a abordagem do conceito em uma perspectiva técnica e instrumental, ênfase que se reflete nos estudos do campo científico. Na pesquisa que aqui se apresenta, a ideia de comunicação predominante está nas interações sociais relacionadas às experiências de adoecimento, mas também aparece transversalizada pelas tecnologias existentes no cotidiano das pessoas entrevistadas em jornais, televisão, rádio, buscas pela internet e leitura de panfletos.

Clara, Teresa e Roberta foram convidadas a participar do estudo por apresentarem problemas relacionados ao controle do câncer de colo de útero nos serviços públicos de saúde no Estado do Acre. Elas têm diferentes idades, formações, locais de moradia, realidades de vida e também diagnósticos, estando em pontos diferenciados da linha de cuidado: um hospital, um centro de especialidades e uma unidade básica de saúde, respectivamente. Uma questão comum no relato de suas histórias está na dificuldade de compreender com clareza o que está acontecendo em relação ao tratamento de saúde, considerado por elas como um problema de comunicação que se dá, principalmente, na relação entre usuários e profissionais de saúde em ambientes institucionais. A partir desses e de outros relatos de experiências de mulheres na busca por cuidado na saúde pública no contexto da Amazônia Ocidental, as práticas de comunicação entre as mulheres, seus familiares, pessoas próximas e profissionais de saúde chamaram a atenção deste estudo. Essa dimensão comunicacional costuma ser naturalizada nas práticas de saúde, nem sempre sendo percebida sua potência como recurso terapêutico.

Interessa à pesquisa observar como se realiza a perspectiva dialógica da comunicação, como as mulheres apreendem e reelaboram discursos em seus cotidianos, nas relações com os serviços de saúde. Como desdobramento, traz reflexões sobre o direito à comunicação e suas implicações no direito humano à saúde, entendendo que essas noções não se esgotam na garantia de acesso a informações ou a serviços de saúde para a população. A comunicação é um tema que tem pouca visibilidade no debate dos direitos humanos, pois a noção possui abordagem teórica e jurídica com maior ênfase na compreensão das liberdades de opinião e expressão ou do direito ao acesso à informação. Compreendê-la como um direito, mesmo não

positivado explicitamente em lei, é essencial para a ampliação de práticas democráticas. O direito à comunicação implica na abertura à participação, em ser ouvido e considerado, na garantia de pluralidade na manifestação de pensamentos, ideias e culturas de forma individual e coletiva, privada e pública, inclusive pelos meios de comunicação.

A saúde é um direito garantido por lei de forma universal no Brasil e os desafios para sua efetivação também passam pela questão da comunicação humana. A construção histórica do Sistema Único de Saúde (SUS) é baseada nos princípios da universalidade, equidade e integralidade, em diretrizes que buscam promover a descentralização das ações da gestão e a construção de políticas públicas para o setor envolvendo diversos atores: usuários, profissionais, gestores e sociedade mais ampla. Entre as ações institucionais que promovem a democratização do sistema de saúde pode-se considerar que houve avanços na implementação de espaços de participação representativa - especialmente em conselhos e conferências - e no âmbito do acesso à informação, potencializado pela Lei do Acesso à Informação (BRASIL, 2011a). Alguns exemplos podem ser vistos na disponibilização de dados epidemiológicos dos sistemas de informação de base nacional em páginas institucionais pela internet, em ouvidorias implantadas em todo o país e na possibilidade de solicitar informações de órgãos públicos. Contudo, esses avanços não se refletem nas propostas de comunicação e as políticas públicas de saúde costumam considerá-las como instrumento e insumo pontual e não como processo que pode promover a cidadania ao potencializar espaços de diálogo.

A proposta deste estudo surge a partir de meus questionamentos sobre comunicação em saúde gerados em vivências pessoais e profissionais em ações de ensino no curso de Comunicação Social, da Universidade Federal do Acre, em trabalhos na Secretaria Estadual de Saúde e em pesquisas nos serviços de saúde do Estado do Acre e do município de Rio Branco em parceria com o Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde (Lappis), do Instituto de Medicina Social/ Universidade do Estado do Rio de Janeiro. As vivências nos diferentes campos e em variados momentos nem sempre permitiram uma visão integrada e transdisciplinar, o que as reflexões aqui apresentadas buscam superar.

Pesquisas anteriores foram desenvolvidas junto ao grupo denominado Incubadora da Integralidade¹ - sítio Norte, um núcleo que reúne pesquisadores, professores, profissionais de saúde e estudantes em projetos de ensino, pesquisa e extensão. Na pesquisa multicêntrica

¹ As Incubadoras da Integralidade constituem um movimento de cooperação técnico-científica entre instituições de diferentes regiões do país, coordenadas pelo Lappis, que possibilitam reflexão e compartilhamento de ideias, práticas e saberes para a implementação de experiências efetivas de integralidade em saúde (PINHEIRO, R. *et al.*, 2013).

sobre práticas avaliativas na atenção básica (SILVEIRA *et al.*, 2008), realizada em Rio Branco entre 2007 e 2008, houve uma primeira aproximação com a estratégia metodológica do itinerário terapêutico², com acompanhamento de usuários do SUS em caminhos percorridos na busca por cuidado. Como desdobramento, duas outras pesquisas foram desenvolvidas, ampliando essa perspectiva sob a ótica da integralidade em saúde: uma sobre a avaliação da desinstitucionalização em Saúde Mental (SILVEIRA *et al.*, 2009; LOFEGO *et al.*, 2009) e outra em que o controle do câncer de colo de útero foi a linha de cuidado escolhida para a avaliação da regionalização da atenção à saúde³. Um dos eixos de análise da pesquisa foi os itinerários terapêuticos de mulheres com lesão precursora de câncer no colo do útero, usuárias do SUS em uma Regional de Saúde no Estado do Acre (LOFEGO; SILVEIRA, 2011). No entanto, as pesquisas até então realizadas não desenvolveram abordagens em comunicação.

O controle do câncer de colo de útero foi escolhido como linha de cuidado a ser analisada neste estudo por ter a mais alta incidência entre mulheres na Região Norte e no Estado do Acre (excetuando o câncer de pele não melanoma) e os estudos sobre seus impactos integram a Agenda Nacional de Prioridade de Pesquisa em Saúde (BRASIL 2008a). Além de ter sido um contexto explorado em pesquisa anterior, o que favorece uma observação temporal das práticas, permite o acompanhamento da assistência em saúde em diferentes níveis de atenção, possibilitando sua observação sistematizada, análise e acompanhamento de passagens críticas na integração dos serviços do SUS.

A relevância deste tipo de estudo foi consubstanciada pela escassez de pesquisas e publicações que estabeleçam interface entre as teorias e práticas dos campos de conhecimento da comunicação em saúde e a implementação de políticas públicas com abordagem regionalizada. Na literatura, é possível identificar análises que consideram a comunicação como recurso estratégico para a efetivação das políticas de saúde em perspectivas relacionadas ao controle social e à sistematização de dados para o planejamento de ações, não contemplando a comunicação como uma estratégia de gestão para implementar ou fortalecer serviços locais. Também é considerado relevante reforçar a reflexão sobre o tema do direito à comunicação, tanto na área da comunicação e informação em saúde como na literatura de

² O conceito é desenvolvido nesta pesquisa no percurso metodológico e algumas aplicações em pesquisas podem ser conhecidas em publicações do Lappis (PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A.G. ; MATTOS, R.A., 2008; PINHEIRO, R. & MARTINS, P.H., 2009).

³ Pesquisa *Estudos avaliativos sobre a implantação do Plano Diretor de Regionalização no Estado do Acre*, financiada pelo Edital CNPq PPSUS/2006 Proj_012_9269256.

Saúde Coletiva. A pertinência da pesquisa se afirma no desenvolvimento de metodologias que permitam identificar e compreender práticas de comunicação e espaços de diálogo existentes no cotidiano dos sujeitos e dos serviços de saúde, que favoreçam a participação democrática no processo de elaboração das políticas públicas.

Esta tese está subdividida em seis capítulos. No primeiro, intitulado *Transdisciplinaridade: polifonia teórico-epistemológica da comunicação em saúde*, são construídas as proposições conceituais, teóricas e analíticas da pesquisa, que enaltece a importância de se reconhecer a natureza híbrida da apropriação social da comunicação, na medida em que não somente instrumentaliza saberes, mas aproxima e põe em relação os atores que a vivenciam. Nessa perspectiva, defende-se a adoção de um posicionamento epistemológico compreensivo e reflexivo para as análises sobre saberes e práticas da comunicação no cotidiano das instituições de saúde. Elege-se como objeto da comunicação as ideias de “vinculação e vínculo” como sendo o duplo eixo transdisciplinar que possibilita a identificação de seus elementos constituintes, dentre os quais o dialogismo e a cultura confirmam-se como características importantes para a pesquisa. Apoiada nos estudos de Mikhail Bakhtin, o texto discorre sobre suas contribuições para refletir sobre a comunicação como diálogo, destacando os aspectos analíticos dedicados à linguagem e aos gêneros discursivos, capazes de aportar o dialogismo como base de práticas sociais de interação entre atores no campo da saúde. Reflexões sobre Bakhtin e Pierre Bourdieu são um importante auxílio teórico-conceitual para compreender as disputas simbólicas travadas nas relações sociais. No que se refere à cultura, as contribuições de William F. Hanks sobre a língua como prática social possibilitaram delinear de modo mais preciso a abordagem analítica do discurso a ser utilizada na pesquisa.

No capítulo 2, desenvolve-se o potencial dialógico da comunicação no direito humano à saúde. O início situa a compreensão do direito à comunicação tendo os estudos do diálogo em Paulo Freire como base teórica e referência para um processo bidirecional e democrático. Segue-se no panorama histórico de como essa ideia tem sido desenvolvida desde sua emergência, como um direito que vai além das liberdades de expressão e opinião, até os dias atuais. A perspectiva da integralidade em saúde proporciona uma aproximação das noções de direito à comunicação, direito à saúde e suas aplicabilidades no cotidiano da gestão e dos serviços de saúde ao enfatizar a reflexão sobre a escuta atenta aos usuários, o reconhecimento de diferentes culturas e saberes, e sobre práticas que visam promover cidadania ativa e participação. A associação da comunicação como uma prerrogativa do direito à saúde no SUS

pode ser percebida nas conferências nacionais de saúde em momentos de aproximação e distanciamento dessa compreensão, embora nas práticas institucionais haja uma tendência à valorização de modelos instrumentais em detrimento de construções dialógicas. Finalizando o capítulo, será mostrado como essa noção se expressa na política pública do controle do câncer de colo de útero, em normativas atuais e no panorama das ações.

O terceiro capítulo, originalmente reservado aos objetivos, deu lugar às questões de estudo propostas pela pesquisa. A alteração se deu em função de uma coerência com o desenho do estudo. São duas questões orientadoras: uma de natureza teórica-epistemológica, se coloca na costura concreta entre teoria e prática no campo da comunicação em saúde, visando a compreensão das práticas de comunicação em diferentes aspectos e contextos, sendo a busca por uma abordagem transdisciplinar, com contribuições de outros campos de conhecimento, a forma encontrada para contemplar a reflexão; outra questão, metodológica, está nas estratégias para relacionar as práticas de comunicação com o direito à saúde, tanto no cotidiano das mulheres em seus caminhos por cuidado quanto nas ações da política pública, apostando nos itinerários terapêuticos como ferramenta para dar visibilidade às interações, relações sociais, culturais, políticas e disputas simbólicas.

O percurso metodológico está descrito no quarto capítulo. Situa-se o contexto do câncer de colo de útero no Brasil, Região Norte e no Acre, descrevendo o ambiente onde a pesquisa se insere. Os itinerários terapêuticos são apresentados como estratégia metodológica, a partir de um levantamento teórico e das aplicabilidades práticas, sendo traçados os elementos de análise dos enunciados. A descrição do campo da pesquisa detalha a seleção dos ambientes e das 16 mulheres usuárias do SUS e 15 gestores entrevistados e o modo como foi encaminhada a análise das entrevistas, após a aprovação do projeto pelo comitê de ética em pesquisa.

O capítulo cinco é dedicado à análise dos resultados e discussão com base no material empírico. Experiências e contextos estão interligados ao tripé de conceitos emergentes - diálogo, direito e vínculo – que entrelaçam enunciados a questões teóricas situadas anteriormente. Apesar dos conceitos terem cruzamentos na análise, eles são apresentados em três subcapítulos, separando os itinerários em suas singularidades. O diálogo é uma prática de comunicação que acontece na interação entre sujeitos, onde há reciprocidade e por meio do qual é possível conhecer, interpretar, ressignificar informações e conhecimentos. Nesse âmbito, os itinerários apresentaram como usuárias e gestores lidam com dificuldades de interação no cotidiano dos serviços de saúde, constroem conhecimentos na experiência da enfermidade e buscam formas de ser ouvidos e considerados. Os itinerários do direito

contemplam a visibilidade para as demandas das mulheres na relação com os serviços de saúde, o acesso a espaços e meios para exercer a cidadania por meio de práticas discursivas. Considera-se a participação nas instâncias representativas na construção de políticas públicas, mas também dos sujeitos políticos no cotidiano dos serviços de saúde. Os enunciados dos entrevistados evidenciaram como o direito à saúde se relaciona com o diálogo na interação entre usuárias e profissionais, na forma de reconhecimento das reivindicações, nos espaços de direito à voz e no processo de produção das normativas da política pública. O vínculo se constitui pelo diálogo, se materializa pela compreensão das necessidades e respeito aos saberes das pessoas e os itinerários relacionados a este conceito ilustraram o quanto os relacionamentos sociais e as relações de confiança interferem sobre os caminhos terapêuticos. As responsabilidades de profissionais de saúde, as respostas ativas das usuárias e os exemplos de poder simbólico ganham destaque nesse subcapítulo.

O sexto e último capítulo comporta as considerações finais da tese. Pretende-se com esse estudo perceber como as condições de comunicação e o contexto social atuam nos enunciados e até que ponto refletem possibilidades de transformação da realidade. As práticas de comunicação, nesse sentido, podem se configurar em um fenômeno privilegiado de reflexão e construção de conhecimentos, além de *locus* de ação política.

1. TRANSDISCIPLINARIDADE: POLIFONIA TEÓRICO-EPITEMOLÓGICA DA COMUNICAÇÃO E SAÚDE

O ponto de partida do caminho proposto neste estudo é a comunicação em saúde. Um espaço que mobiliza saberes, discursos, agentes, instituições, interesses, lutas por reconhecimento, considerado um “campo nascente”, que se constitui por elementos dos campos das Ciências Sociais e Humanas, mais especificamente da Comunicação Social e da Saúde Coletiva.

A construção histórica da relação entre comunicação e saúde no Brasil está relacionada com a implementação de políticas públicas da saúde desde a década de 1920, quando compreendida como propaganda e educação sanitária. Esse conjunto de saberes se consolida ao longo dos anos 40, mantendo a compreensão de promover intervenções para corrigir hábitos da população e intervir sobre suas práticas, com ênfase na disseminação de materiais informativos e educativos. Em meados dos anos 1980, pessoas que atuavam na área se aproximaram do movimento de Reforma Sanitária e das lutas pela saúde como direito de cidadania. Na VIII Conferência Nacional de Saúde – 1986, pela primeira vez comunicação, informação e educação são considerados direitos inerentes à saúde⁴. A área começa a se estruturar cientificamente de forma mais sistematizada no início da década de 1990, com a criação de instituições de ensino e grupos de trabalho, realização de pesquisas, incremento da produção acadêmica e fomento de congressos específicos. Nesse âmbito, uma das linhas de estudo tem as políticas públicas como foco, abordando processos de elaboração, implantação, gestão e também lutas por hegemonia, circulação, visibilidade, apropriação das políticas públicas pela população (ARAÚJO; CARDOSO, 2007).

A naturalização da ideia de comunicação, que ocorre com o conceito e com as práticas comunicativas na relação com o outro, não é evidenciada e sim potencializada pelo fascínio tecnológico. Na visão de comunicação das instituições de saúde predomina o aspecto instrumental, com ênfase na produção de materiais visando à resolução de questões pontuais, o que esvazia uma compreensão mais crítica do fenômeno, ocultando outras dimensões possíveis: epistemológica, política, teórico-metodológica (ARAÚJO, 2012). Essa questão é

⁴ O desenvolvimento histórico da comunicação como direito na saúde pública será abordado de forma mais aprofundada no capítulo 2.

recorrente nos estudos de comunicação em saúde, está na gênese do conceito de comunicação e influencia a compreensão das práticas de comunicação⁵ na sociedade.

Seguindo a crítica ao uso instrumental da comunicação, também pode-se questionar uma visão interdisciplinar de pesquisa que propõe a apropriação de conceitos, teorias e metodologias do campo da comunicação para aplicações em objetos ou cenários da saúde. Essa prática reforçaria o lugar da comunicação em uma posição hierarquicamente privilegiada, levando a encontrar respostas para problemas da comunicação que poderiam ser observados em qualquer outro cenário, mas dificultaria aprofundar questões da saúde de forma ampla e integral.

O paradigma interdisciplinar é muito presente no campo da Saúde Coletiva e favorece a incorporação de disciplinas das ciências humanas ao tematizar objetos estratégicos da vida humana. Para Madel Luz (2009), a interdisciplinaridade traz um novo modo de produção discursiva nas ciências no século XX, em que o surgimento de novos objetos geram novas perspectivas teóricas e métodos de investigação, gerando novas disciplinas ou subdisciplinas, nascidas na interface de “disciplinas mães”. Dessa forma, caracteriza-se a Comunicação em Saúde, que desenvolve métodos e conteúdos teóricos apropriados de seus campos de origem, com o desenvolvimento de temas e enfoques específicos, tendo a saúde pública como núcleo discursivo comum.

Luz (2009) faz uma discussão sobre as denominações de multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade, considerando que esses paradigmas coexistem no campo da Saúde coletiva há três décadas. Em uma síntese, pode-se caracterizar a multidisciplinaridade como a soma de olhares e métodos de diferentes disciplinas atuando sobre um problema comum, um modelo clássico, dominante em crises, em que cientistas e técnicos constroem uma intervenção especializada, mas sem interações ou modificações de seus saberes específicos.

No entanto, concordando com Almeida Filho (2005), que considera o campo justificadamente transdisciplinar pelo alto grau de complexidade dos fenômenos saúde-doença-cuidado, a autora traz questões que visam caracterizar a Saúde Coletiva como transdisciplinar em seus saberes e práticas, discursos e formas de intervenção.

⁵ Como práticas de comunicação nesta pesquisa compreendem-se: as práticas discursivas que incluem diálogo (fala e escuta) e participação, os processos de produção, circulação e apropriação / apreensão de materiais impressos, audiovisuais, eletrônicos e digitais e as práticas de promoção de vínculo social (que não necessariamente passam pelo discurso).

A complexidade atual do campo da saúde coletiva permeia tanto suas práticas como seus discursos disciplinares e suas formas de expressão acadêmicas, neles originando um conjunto de mediações de natureza não apenas teóricas (entre as disciplinas que compõem o campo), como política, social e cultural, se considerada a escala hierárquica dos agentes que intervêm nas práticas e na produção desses saberes disciplinares e se consideradas também as diferenças de formação e inserção na cultura desses agentes institucionais: docentes, pesquisadores, gestores, profissionais do cuidado, emissores de discursos e normas etc. (LUZ, 2009, p. 306).

A transdisciplinaridade é considerada um modelo em ascensão na saúde coletiva e parte da tematização de questões humanas e sociais por diferentes disciplinas (violência, sexualidade, Aids), com produção discursiva cooperativa, comunicação horizontalizada e sem hierarquias teóricas e metodológicas entre os saberes, construindo um objeto de pesquisa comum *a posteriori*, durante o desenvolvimento da pesquisa.

A diferença interessante em relação a esse "modelo" de produção de conhecimento, ou paradigma científico, é que o conhecimento assim produzido pode integrar não apenas produção gerada a partir da pesquisa experimental, como da pesquisa quantitativa (epidemiológica, demográfica), qualitativa, e das pesquisas aplicadas, como no planejamento. Pode integrar também conhecimento gerado a partir da prática vivenciada pelas populações ou por usuários de serviços (ou pacientes), superando assim a clivagem senso comum \times ciência, típica da modernidade (LUZ, 2009, p. 309).

A desconstrução dos modelos multidisciplinar, interdisciplinar, pluridisciplinar, metadisciplinar e transdisciplinar é feita por Almeida Filho (2005), considerando críticas a tratarem objetos complexos com sínteses obtidas na circulação de discursos, que ele considera tarefa impossível pela via da comunicação, e tendo o argumento de que todas tratam os campos disciplinares como entidades míticas abstratas com relações idealizadas. A constituição do campo científico se realiza a partir de uma rede institucional operada por agentes concretos ligados a um contexto sócio-político. Além de fundamentos lógicos e questões metodológicas, contribuem para a produção do conhecimento científico elementos simbólicos, éticos, políticos, pragmáticos. Frente a essa realidade, o autor afirma que a comunicação interdisciplinar é impossível. Ele argumenta que os campos disciplinares só se realizam na ação de seus agentes sociais, que se organizam em comunidades científicas estruturadas em matrizes de pensamentos ou paradigmas. Esses pensamentos só se tornam dominantes por meio de lutas por hegemonia em um campo disciplinar. Dessa forma, as relações interdisciplinares tenderiam mais ao conflito do que ao diálogo. Embora considere que sejam possíveis interações no espaço da comunicação interdisciplinar, há uma tendência à

hierarquização dos saberes, pois o poder político tem determinações distintas do poder técnico.

O autor propõe, então, a redefinição do conceito de transdisciplinaridade, visando incorporar a crítica lógica e a perspectiva pragmática, com a “possibilidade de comunicação não entre campos disciplinares mas entre agentes em cada campo, através da circulação não dos discursos (pela via da tradução) mas pelo trânsito dos sujeitos dos discursos” (ALMEIDA FILHO, 2005, p.43), considerando que alguns agentes da prática científica serão especialistas em um campo restrito e outros tem a capacidade de transitar por dois ou mais campos disciplinares.

Embora não seja uma pretensão desta pesquisa se colocar como transdisciplinar, pretende-se refletir sobre teorias e metodologias do campo da comunicação em saúde para a pesquisa e trazer conhecimentos de outros campos disciplinares, além de práticas vivenciadas pela população para promover diálogos entre diferentes discursos. Associar a noção de transdisciplinaridade ao pensamento reflexivo de Bourdieu é o que propõe Marteleto (2007, p. 578), ao ressaltar a necessidade de compreensão dos “mecanismos sociais que orientam a prática científica”, que contemplam a “estrutura organizacional e cognitiva do seu campo disciplinar” e também a experiência subjetiva do pesquisador.

Essa breve discussão de compreensão da ideia de transdisciplinaridade, a qual evoca tanto o novo ordenamento econômico e mercadológico do conhecimento-inovação, quanto o caráter crítico e de reflexividade que hoje compete à ciência, seus atores e instituições realizar, traz questões que estão no ar do tempo, mas ainda novos desafios para a produção, apropriação e serventia social dos conhecimentos em saúde na contemporaneidade (MARTELETO, 2007, p. 578).

Bourdieu (1998) sugere que a prática científica seja autorreflexiva, que o pesquisador tenha a preocupação em entender porquê e como se compreende, questionando a construção social dos problemas, que se constituem progressivamente entre concorrências e lutas por reconhecimento e legitimidade. É necessário trazer a noção de campo do autor, que embora não explicitada no texto até então, permeia a compreensão de campos disciplinares aqui posta. O campo, para Bourdieu (1996), é um espaço de relações de força específicas e de lutas que buscam impor princípios legítimos de visão de mundo, onde há relações objetivas entre agentes em diferentes posições, que engendram estratégias com o objetivo de conservar ou transformar uma determinada estrutura.

A noção de campo científico é de um universo de agentes e instituições que produzem, reproduzem e difundem ciência, que obedece a regras sociais, que são como leis próprias em um espaço relativamente autônomo. Esse grau de autonomia do campo, nem sempre fácil de medir mas que pode ser percebido na relação com outros campos científicos, pode ser caracterizado pelas condições de reconhecimento de suas próprias determinações internas e por como são exercidas e se manifestam as resistências às pressões externas (BOURDIEU, 2004).

(...) é preciso lembrar que o campo científico é tanto um universo social como os outros, onde se trata, como alhures, de poder, de capital, de relações de força, de lutas para conservar ou transformar essas relações de força, de estratégias de manutenção ou de subversão, de interesses etc., quanto é um mundo à parte, dotado de suas leis próprias de funcionamento, que fazem com que não seja nenhum dos traços designados pelos conceitos utilizados para descrevê-lo o que lhe dá uma forma específica, irreduzível a qualquer outra. A atividade científica engendra-se na relação entre as disposições reguladas de um habitus científico que é, em parte, produto da incorporação da necessidade imanente do campo científico e das limitações estruturais exercidas por esse campo em um momento dado do tempo (BOURDIEU, 1996, p. 88).

O campo da comunicação foi construído a partir de conhecimentos de diferentes disciplinas. Sugere-se, a seguir, partir das concepções teóricas e metodológicas desse campo para entender como se constituíram os pensamentos dominantes que influenciam as práticas sociais, que se estende à compreensão de comunicação pelos profissionais da área, nas instituições de saúde e pela sociedade.

No surgimento da comunicação como ciência houve uma indecisão entre a sua realidade e seus conceitos. O caráter interdisciplinar da comunicação foi considerado especialmente no processo de constituição do campo, quando a problemática se entende de diferentes disciplinas como a sociologia, antropologia, linguística. Ocorreu certo enquadramento da ciência com o desenvolvimento da área, considerando que há constantes fenomenológicas satisfatórias que caracterizam objetos de comunicação e “correspondem a realidades observáveis concretamente” (FERRARA, 2013, p.2). Atualmente, no entanto, há controvérsias ao considerar a interdisciplinaridade da área, uma vez que também proporcionou um desenvolvimento fragmentado de visões e métodos, que muitas vezes se confrontam.

Podemos dizer que os estudos da Comunicação foram marcados desde os seus começos, entre os anos 20 e os 30, pelo paradigma de Lasswell,

responsável por uma visão fragmentada e parcelar do processo de comunicação que se mantém até hoje: estudos do emissor, do canal, da mensagem e do receptor. Em cada um desses fragmentos como que houve uma “especialização” em determinados aportes disciplinares. Assim, os estudos do emissor na economia política; os estudos do canal na análise tecnológica; os da mensagem na linguística e os do receptor na sociologia ou na psicologia e, mais recentemente, na antropologia (LOPES, 2006, p. 25).

Para Lopes (2006), um problema epistemológico do campo está na integração e no resgate da totalidade do processo de comunicação. A autora questiona o aparente paradoxo entre a institucionalização disciplinar e a fragmentação de perspectivas teóricas e interfaces. Para ela, no Brasil, a institucionalização acelerada de estudos de comunicação, associada a uma crescente insatisfação de pesquisadores da área com esse contexto, é concomitante a uma afirmação do estatuto transdisciplinar dos estudos, sendo este um momento particular dos estudos do campo, em confluência com um movimento de reconstrução histórica e epistemológica das ciências sociais. Embora a proposta transdisciplinar cause tensões e polêmicas na suposição de uma dissolução da estrutura disciplinar institucional, Lopes (2003) afirma que:

(...) a reestruturação transdisciplinar das ciências sociais não implica em dissolver a formação de pesquisadores nem a prática científica em generalidades, mas sim em articular nela a experiência e os recursos de diversos ramos e enfoques em uma síntese que, na proliferação de objetos de estudo abordados, conflua enquanto lógica científica para a produção de conhecimento pertinente e consistente, e que responda às necessidades sociais (...) (LOPES, 2003, p.290).

1.1 DUPLA NATUREZA DA COMUNICAÇÃO: TÉCNICA E INTERACIONAL

O processo comunicacional, sua natureza e suas teorias, geram variadas compreensões sobre o objeto de estudo desse campo. Nos estudos epistemológicos da comunicação, ainda é forte a reflexão sobre a indeterminação do objeto científico, o que influencia na própria definição de limites do campo. Há diferentes fenômenos comunicacionais no cotidiano e múltiplas formas de olhar para eles e seria utopia acreditar em uma unificação teórica que dê conta da variedade de possibilidades conceituais. Os conhecimentos próprios da área, segundo Christino (2012), avançam em estudos que buscam justificar tensões epistemológicas e apresentar limites das teorias.

Uma questão que interessa a esta pesquisa é a dupla natureza do objeto da comunicação, considerada por alguns pesquisadores como essências ou eixos principais que caracterizam as teorias existentes. Por um lado, a comunicação contempla transmissibilidade, sendo um instrumento permeado por técnicas e tecnologias, por outro lado, faz parte de nossa constituição como seres humanos, que compreendem troca e compartilhamento (CHRISTINO, 2012; FERRARA, 2013; NAVARRO, 2003; SODRÉ, 2007; WOLTON, 2004).

O termo «comunicação» designa dois processos: primeiro, o de pôr em comum as diferenças por meio do discurso, com ou sem o auxílio da retórica (processo comunicativo); segundo, o de interpretar os fenômenos constituídos pela ampliação tecnológica da retórica, isto é, a mídia, na sociedade contemporânea (processo comunicacional) (SODRÉ, 2007, p. 18)

A perspectiva que contempla um comunicar espontâneo, com base no diálogo, muitas vezes é considerada menos relevante como questão científica e sem controle metodológico. Dominante nos estudos e aplicações do campo, a “essência técnica é entendida como definitiva para estabelecer a origem e identidade da comunicação” (FERRARA, 2013, p.5).

Dominique Wolton (2004) reconhece uma ambiguidade conceitual e ontológica da comunicação, com significados que ora se opõem e ora coexistem. Para ele, há uma dimensão instrumental / funcional, por um lado, com o sentido de transmissão e difusão e, por outro, uma dimensão humanista / normativa, que pressupõe a noção de troca, compreensão e partilhas mútuas.

A primeira foca no desenvolvimento das técnicas, das tecnologias de informação e contempla os meios de comunicação de massa, fortemente identificados como objeto de investigação da comunicação. A segunda, ligada a um ideal de comunicação, de interação, compartilhamento e compreensão. Ambas dimensões podem estar presentes nas diferentes situações individuais e coletivas, podendo contribuir para a própria crítica aos processos de comunicação, embora tenham ênfases diferenciadas no desenvolvimento de estudos do campo.

A tensão essencial da comunicação, também para Navarro (2003), parece ser ontológica: ao mesmo tempo que a comunicação nos constitui, é um instrumento histórico-social usado para determinados fins. No plano epistemológico, para o autor, pode-se separar ou articular ambos os aspectos do fenômeno. As teorias são construções para interpretar

sistematicamente a forma como na prática concreta essas dimensões constitutiva e instrumental se relacionam.

Muitas teorias que dão suporte ao campo derivam ou confirmam a perspectiva técnica. Para Christino (2012), uma perspectiva do objeto da comunicação forte nas teorias e estudos é baseada no modelo matemático da informação, que reduz o processo à codificação, transferência e decodificação, não considerando o sentido das proposições. O modelo informacional explica aspectos do fenômeno comunicacional, mas não as dimensões culturais e sociais que extrapolam e determinam certas dinâmicas.

O autor distingue dois eixos principais que caracterizam as teorias existentes, um que contempla o sujeito cartesiano e outro que considera as subjetividades. Mas questiona a concepção de subjetividade presente nas teorias da comunicação que estudamos, nas quais persiste o modelo informacional, que guia entendimento dos processos e produtos. Apesar da busca de unidade por um objeto de comunicação, o campo científico, para ele, necessita de dois paradigmas distintos de investigação do fenômeno: um de natureza exploratória e outro, interpretativa (CHRISTINO, 2012).

(...) o modo humano de comunicar implica a construção de um espaço simbólico e interpretativo no qual a comunicação acontece, uma certa “ambiência” próxima ao que a tradição fenomenológica denominou *Lebenswelt** e conformada na experiência da intersubjetividade. Por fim, também em Flusser⁶ se encontra a tensão entre aspectos distintos do fenômeno comunicacional e seu pertencimento a regiões ontológicas diferentes, das quais se originam exigências epistemológicas distintas. Esta tensão aponta na direção não exatamente da interdisciplinaridade – não se trata, ao fim e ao cabo, do debate entre disciplinas – mas de uma complexidade originária que exige, talvez, modos novos e híbridos de interpretação do objeto. (CHRISTINO, 2012, p. 79)

* Mundo da vida

Sempre houve comunicação, mas o que pesquisamos e ensinamos é basicamente o processo sistêmico de produção, difusão e consumo de um conteúdo informativo. A comunicação que tratamos hoje é fundamentalmente o modo como é compreendida pela

⁶ Vilém Flusser, filósofo tcheco, morou no Brasil entre 1940 e 1972, vindo refugiado da perseguição nazista da Europa em guerra. Nos anos 60, em São Paulo, foi professor de filosofia e de ciências da comunicação, quando escreveu seu primeiro livro e vários ensaios. A maioria de seus textos foram escritos nos anos 70 e 80, quando voltou a viver na Europa, época em que se destacou como teórico da comunicação e fez várias conferências. Morreu em 1991, em um acidente de carro próximo de sua cidade natal, Praga. (FINGER, 2008)
Fonte da citação: FLUSSER, Vilém. Writings. *Minneapolis: University of Minnesota Press, 2002 (apud CHRISTINO, 2012)*

cultura ocidental vigente. “A definição da realidade vem do paradigma”, segundo Sodré (2008, p.17). Nas instituições acadêmicas a mentalidade mecanicista e positivista é hegemônica e temos que observar com cautela algumas exigências institucionais burocráticas que orientam e engessam as pesquisas. A hegemonia técnica influencia o ensino de comunicação, o fomento a pesquisas e as avaliações da área, que tendem a considerar como “dispersos” os temas que apontem para outras perspectivas que não as relativas aos meios de comunicação (PRADO, 2003).

No ensino de comunicação no Brasil, as teorias mais disseminadas se ocupam da reflexão sobre fenômenos relacionados aos meios de comunicação, permeados pelas tecnologias. No entanto, embora sigam essa abordagem, historicamente, as teorias foram mais valorizadas do que as próprias práticas do campo. Para Meditsch (2004), a produção teórica criou uma autonomia em relação às práticas sociais, que foram pouco prestigiadas na construção histórica e política da formação universitária em comunicação na América Latina. Isso também gerou um descolamento entre vida acadêmica e a realidade profissional que perdura até hoje em alguns países.

Para Navarro (2003), razões ideológicas e históricas levaram o campo científico a centrar a atenção nos meios ou nas mensagens, deixando as interações entre os sujeitos, e entre estes e as instituições, ficarem em segundo plano. Entre os problemas gerados por essa redução está a perda da eficácia explicativa, interpretativa e retórica para compreender a constituição comunicativa da realidade social. Para o autor, a orientação do campo depende mais das formas organizacionais e das instituições onde se articulam poder e saber, do que propriamente das teorias e da argumentação intelectual existente.

Um questionamento recente ao paradigma instrumental e funcionalista que influencia setores relevantes da academia foi ressaltado em um encontro de pesquisadores da comunicação da América Latina, conforme o documento assinado *Carta de La Paz: O pensamento crítico latino-americano* (BOLAÑO *et al.*, 2014)⁷. Para eles, essa abordagem é insuficiente para a compreensão da comunicação e da cultura, que ocupam uma centralidade política e econômica na sociedade atual, mediam relações sociais e de poder e criam novas identidades a partir de estruturas baseadas em um sistema produtivo financeirizado.

Cabe, pois, ao pensamento crítico comunicacional, a superação dessas insuficiências através da proposição de modelos teóricos de comunicação

⁷ Carta de La Paz: o pensamento crítico latino-americano. Documento do VII Seminário Latino-americano de Pesquisa em Comunicação / Fórum de Presidentes de Associações de Pesquisadores da Comunicação da América Latina em La Paz, Bolívia (setembro/2013) (BOLAÑO *et al.*, 2014)

mais abrangentes. Nesse sentido, recupera-se a dimensão antropológica da Comunicação e da Cultura, vinculando-as aos direitos humanos e ao desenvolvimento de uma práxis respeitosa das diferenças na concepção do humano, que tem como tarefa essencial e urgente ir além da dimensão estritamente econômica, com as inevitáveis consequências nas políticas públicas e na luta por uma sociedade mais democrática e inclusiva (BOLAÑO *et al.*, 2014, p. 675-676).

Pode-se, então, pensar que as instituições de comunicação e seus agentes se constituíram como campo de conhecimento e legitimaram seus saberes a partir do fortalecimento da dimensão instrumental. A potência desse olhar se deu pelas lutas internas do campo e por influências políticas e econômicas externas, relacionadas ao desenvolvimento e velocidade de inovações das tecnologias de comunicações desde a segunda metade do século XX até hoje e também pelo crescente poder dos grupos econômicos que dominam os meios de produção, com poder simbólico dos meios de comunicação de massa na população.

Constata-se a indissociabilidade entre comunicação e relações de poder em variados aspectos. Em sua dimensão política, a comunicação tem o poder de construir realidades, as opções que fazemos ao definir conceitos e nomear as coisas interferem no modo como constituímos a realidade e como agimos sobre ela. A prática comunicativa pode reforçar a dominação ou favorecer mudanças. Este aspecto é fundamental para refletir sobre a relação entre comunicação e cuidado⁸ (ARAÚJO, 2012).

Os estudos de comunicação podem contribuir para desnaturalizar as práticas autoritárias e dominadoras existentes ao trazer para o campo científico outras concepções comprometidas com uma abertura à escuta e participação consciente dos sujeitos em decisões coletivas que afetam suas vidas, como na produção do cuidado. Reforça-se, assim, uma responsabilidade onde “a ciência deve ser pensada e praticada como um permanente processo de desvelamento emancipatório das contradições opressivas do real/natural, do real/histórico e do real/lógico” (SCHNEIDER, 2013, p. 228).

⁸ O cuidado, para Araújo (2012), se vincula à questão da visibilidade e passa pelo modo de entender o direito à saúde a partir dos princípios do SUS. Entre eles, se destaca na prática comunicativa a participação, que garante uma presença pública aos sujeitos, o direito à voz e a manifestar seu entendimento de mundo e de si mesmo. As práticas atuais de comunicação, com fluxo de falas autorizadas a quem não tem meios de se fazer ouvir é sem equidade e negligente, contrárias ao cuidado. As práticas comunicativas na perspectiva da integralidade permitem que as pessoas desenvolvam suas estratégias de visibilidade, tenham lugares de interlocução mais favoráveis e pressionem o poder público para o reconhecimento e autonomia em ações de seu interesse. As possibilidades de cuidado estão enredadas nessas disputas simbólicas. (Nesta pesquisa, a compreensão de cuidado como valor na integralidade em saúde está presente no subcapítulo 2.3).

Cabe aqui afirmar a posição ético-política de optar por uma linha teórica que ofereça elementos para observar o ser humano nas interações com outros e com o mundo, como sujeito de direitos que exerce sua cidadania por meio de práticas de comunicação. Ir além da instrumentalização da comunicação não significa ignorar ou negar a dimensão técnica, que está presente cotidianamente na nossa vida, inclusive mediando as relações pessoais, mas sim problematizar a pouca ênfase dada ao debate sobre outras dimensões comunicacionais que possam promover autonomia e emancipação.

1.2 VINCULAÇÃO E VÍNCULO COMO OBJETO DA COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

A ênfase no saber prático, em detrimento do conceitual, contribui para a inexistência de consenso sobre o objeto da comunicação, conforme a afirmação defendida por Muniz Sodré (2011). Para contribuir nessa discussão, ele propõe a classificação da comunicação em três aspectos ou três níveis operacionais que abrangem ações e práticas: vinculação - práticas de promoção de vínculo social entre indivíduos, reciprocidade afetiva e dialógica; veiculação - relação e contato entre sujeitos por meio das tecnologias, mediação; e cognição - práticas teóricas de observação e sistematização das práticas e estratégias de vinculação e veiculação.

Por cognição, entende-se a própria ciência da comunicação, que em um nível crítico-cognitivo conjuga estudos de vinculação e veiculação. Para refletir sobre o conceito e as práticas de comunicação no mundo atual, compreende-se que ela contempla tanto uma condição do ser, como, ao mesmo tempo, é atravessada pelas tecnologias virtuais, pela presença e influência dos meios de comunicação de massa (SODRÉ, 2007).

A veiculação abrange a interação mediática em um nível relacional. Os estudos de mídia abordam esses fenômenos. O autor traz o conceito de mediação para caracterizar a sociedade atual e um novo modo de presença do sujeito no mundo, que pressupõe um tipo particular de interação, com finalidades tecnológicas e mercadológicas. A compreensão desse conceito se dá, segundo Sodré (2011), no âmbito da articulação das instituições com várias organizações de mídia. Nesse cenário circulam informação e cultura, criam-se referências a partir das quais se constroem valores, identidades e opiniões. Essas práticas culturais – comunicacionais ou mediáticas - formam um campo de ação social, uma nova forma de vida, chamada por ele “bios mediático” (SODRÉ, 2011, p. 233).

A noção de comunicação ligada à vinculação social, apresentada por Sodré (2011, 2007), significa mais do que compartilhamento ou divisão de conteúdos entre pessoas.

(...) faz-se claro o núcleo teórico da comunicação: a *vinculação entre o eu e o outro*, logo, a apreensão do ser-em-comum (individual ou coletivo), seja sob a forma da luta social por hegemonia política e econômica, seja sob a forma do empenho ético de reequilibração das tensões comunitárias.[...] Vinculação é a radicalidade da diferenciação e aproximação entre os seres humanos.[...] Vinculação, entretanto, é muito mais do que um simples processo interativo, porque pressupõe a inserção social do sujeito desde a dimensão imaginária (imagens latentes e manifestas) até a deliberação frente às orientações práticas de conduta, isto é, os valores. Aqui se faz necessariamente presente o sentido eticopolítico do bem comum. Isto torna a questão comunicacional política e cientificamente maior do que a que se constitui exclusivamente a partir da esfera midiática (SODRÉ, 2011, p.223-224).

Para chegar a essa noção, Sodré (2011) reflete sobre a técnica de discurso que implica a ideia de comunicação antes mesmo da origem desta palavra. Depois, busca sua origem no Latim *communitas* (como partilha de uma realização, troca ou compartilhamento) e evoca a noção kantiana de comunidade para referir-se à possibilidade que tem o indivíduo de se colocar em disponibilidade para algo em comum.

A questão teórica do ser-em-comum é problematizada por Sodré (2011) para pensar a vinculação, trazida pela filosofia desde a Antiguidade, com Platão e Aristóteles, e revisitada por autores como Husserl, Heidegger, Habermas. O ser-em-comum não implica necessariamente estar junto em um território, numa relação de cosanguinidade ou comungar visões de mundo semelhantes, mas permite uma descrição de mundo na interação de um indivíduo com o outro, que pode se dar ao conviver ou usufruir de um bem público.

A vinculação é um conceito com fundamento ético, que requisita a centralidade da condição humana e aponta a sociabilidade como objeto privilegiado da comunicação. Apresenta práticas de promoção ou manutenção do vínculo social com responsabilidade e compromisso. Nesse sentido, é possível aproximar a noção de vinculação, desenvolvida no campo da comunicação, com a de vínculo, desenvolvida no campo da saúde, que contempla o fortalecimento da relação entre profissionais e usuários, com abertura para o diálogo, respeito, confiança e também responsabilidade e compromisso. Na saúde, o conceito de vínculo está associado à ideia de comunicação e é utilizado com mais frequência em abordagens sobre a melhoria da qualidade dos serviços e na reflexão sobre a possibilidade de construir novas práticas de saúde. As práticas de cuidado que acentuam o vínculo dão importância à

comunicação, embora essas compreensões sejam bastante variadas, como apresentado por Schimith *et al.* (2011) em revisão integrativa de estudos sobre relações entre profissionais e usuários.

Um aspecto enfocado sobre o vínculo é sua característica de circulação de afetos entre as pessoas. Para Sodré (2011), a vincula o se pauta pela reciprocidade comunicacional, afetiva e dialógica, que se dá entre os indivíduos em busca de compreensão. No entanto, essa rela o não se realiza sem tensões e conflitos nas diversas circunstâncias e situa es vividas, que passam pela compreensão de si mesmo, da transcendência do outro, da dinâmica das identidades entre indivíduos e coletividades, que contemplam uma diversidade de visões de mundo. As disputas de sentidos estão sempre presentes, mas são há confronto ou questionamento pelo vínculo, pois este gera recep o ativa e rea o presencial, diferenciada da rela o produzida pela m dia autonomizada. A vincula o não está somente baseada em consenso, mas também em diferenças, diferencia o e aproxima o.

No âmbito dos serviços de saúde, esses afetos podem ter aspectos negativos e positivos. Em uma pesquisa realizada por Jorge *et al.* (2011, p. 3056), os resultados demonstraram que o vínculo pode significar confiança, respeito, amizade, mas também dependência e antipatia, o que varia de acordo com a constru o de laços afetivos nas rela es de cuidado do cotidiano. O vínculo positivo pauta-se na confiança e na facilidade de comunica o entre trabalhadores e usuários. Também pode ser percebido no reconhecimento e valoriza o de conhecimentos e experiências de usuários e suas famílias.

O vínculo pode ser uma ferramenta que agencia as trocas de saberes entre o técnico e o popular, o científico e o empírico, o objetivo e o subjetivo, convergindo-os para a realiza o de atos terapêuticos conformados a partir das sutilezas de cada coletivo e de cada indivíduo. Ele favorece outros sentidos para a integralidade da aten o   saúde (JORGE *et al.*, 2011, p. 3053).

A rela o entre profissionais e usuários estabelecida nos serviços de saúde, para Oliveira (2002) pressupõe um fluxo de comunica o em duas vias, a partir do encontro de visões de mundo diferentes: a forma como o paciente interpreta os sintomas e atribui significados ao problema (respostas   experiência de adoecimento que engloba aspectos individuais, sociais e culturais) e a reinterpreta o desse relato por profissionais de saúde com base em um modelo teórico essencialmente biomédico. O autor considera essa comunica o como produ o de significados em ambos os lados, a partir da cultura de cada grupo social, que exige uma “negocia o entre as partes” para permitir a continuidade dessa troca. Visando

uma relação efetiva, portanto, deve-se conduzir uma atenção centrada no paciente, cabendo aos profissionais conhecer, respeitar e permitir adaptações de suas práticas a ele.

A perspectiva de mudanças das práticas nos serviços de saúde depende da renovação de formas de exercer a comunicação e de reconstrução do vínculo, que inclui a valorização da fala e escuta dos usuários e a promoção da autonomia dos sujeitos (CAMPOS, 1997). O vínculo é considerado um “dispositivo relacional”, que juntamente com outros dispositivos – acolhimento, corresponsabilização e autonomia, são compreendidos “como ações comunicacionais, atos de receber e ouvir a população que procura os serviços de saúde, dando respostas adequadas a cada demanda em todo o percurso da busca” (JORGE *et al.*, 2011, p. 3053).

Integrar a voz do outro, considerar o usuário como sujeito, modificar relações de poder que passam pelo domínio técnico-científico são desafios postos à concretização do vínculo. Essas possibilidades contemplam direitos de cidadania e democratização da comunicação nas práticas cotidianas (GOMES; PINHEIRO, 2005). Para trabalhar teórica e empiricamente o objeto da pesquisa com o enfoque na comunicação como vinculação, vamos buscar possibilidades de análise das situações na perspectiva do diálogo, na interação entre seres humanos inseridos em um contexto específico, pelos discursos que refletem as diferentes relações sociais, culturais, econômicas, políticas em um determinado tempo e local. A comunicação dialógica é considerada uma prerrogativa do direito humano à comunicação.

1.3 A COMUNICAÇÃO COMO DIÁLOGO

A revisão de literatura nos estudos do diálogo mostra que essa perspectiva tem sido pouco explorada no campo da comunicação. O conceito de diálogo como uma forma de comunicação e compreensão humana existe ao menos desde os escritos filosóficos de Platão. Mas o primeiro a trazer o diálogo para a cena acadêmica é Martin Buber, cuja noção de diálogo, mais do que uma simples conversa em perguntas e respostas, tem sua base no ato de conhecer o outro e a si mesmo, sendo os seres humanos compreendidos nas relações que os constituem (BAKER-OHLER; HOLBA, 2009). O filósofo austríaco Martin Buber (1878-1965) e sua obra *Eu-Tu*, escrita originalmente em 1923, influenciou estudos em filosofia, psicologia, educação e é uma referência da tradição dialógica na comunicação (LIMA, 2004).

Contemporâneo de Martin Buber, Mikhail Bakhtin (1895-1975) foi influenciado por pensadores ocidentais e russos que traziam a oposição eu/tu na época e teve acesso a trabalhos de Buber ainda na adolescência. Bakhtin também se configura em um grande pensador do século XX, com reconhecimento na antropologia, linguística, crítica literária e é uma referência nos estudos dialógicos, tendo desenvolvido sua reflexão sobre a filosofia da linguagem com alicerce no aspecto comunicativo da fala mais especialmente entre os anos 1919 e 1929 (CLARK; HOLQUIST, 1998).

A influência de Buber na obra de Bakhtin não é confirmada, mas vários autores encontram paralelos entre elas, embora sejam consideradas teorias independentes. Apesar do contato precoce com a obra de Buber, a interlocução entre os autores se manteve crítica, segundo Pires e Sobral (2013). A identificação de ambos se dá em uma forte responsabilidade ética da existência e na valorização do ato de responder de forma ativa. Entre as diferentes perspectivas identificadas pelas autoras, Buber afirmava a palavra como um meio de relação entre os seres humanos, na experiência da interação. Para Bakhtin, o contato dialógico ente os sujeitos é um espaço de tensão e negociação, não necessariamente de harmonia.

A visão da comunicação humana como diálogo foi redescoberta no final dos anos 60, segundo Venício Lima (2011a), sendo este considerado um terceiro movimento do campo científico após uma primeira revolução tecnológica que dá origem ao telefone, rádio, a impressão de larga escala e um segundo avanço com a cibernética e as técnicas de motivação das massas. No entanto, Lima (2004) faz uma crítica aos estudos na concepção dialógica que emergiram nessa época, principalmente, nos Estados Unidos, por vislumbrar uma comunidade de iguais, acima das relações sociais, contraditória com o mundo real com conflitos, distorções ideológicas e dominação política.

Martin Buber e Paulo Freire são dois teóricos destacados por Lima (2004; 2011a) no estudo do diálogo. Ele considera que as teorias apresentadas por eles não são muito diferentes em seus fundamentos, mas sim em suas aplicabilidades, diferentes conforme as visões de mundo. Sua crítica à Buber está em uma ambiguidade política, que se revelava em sua biografia, mas não no caráter de sua teoria, trazendo ao diálogo um aspecto ingênuo e romântico, sem transcender as relações face a face. Os autores norte-americanos, seguindo essa influência, também não mencionam a necessidade de transformação nas estruturas sociais injustas (LIMA, 2004).

Freire referencia Buber em algumas obras e na discussão de conceitos, considerando alguns pressupostos básicos como o amor como fundamento, a confiança recíproca e o

homem como um ser de relações, mas Lima (2004) situa a dimensão política e social de Freire na tradição dialógica: seu compromisso em promover libertação do homem. Sendo a concepção de diálogo de Freire forjada em suas experiências pessoais, o contexto histórico-social vivido não permitia uma concepção dos princípios filosóficos do diálogo separados de sua dimensão política.

A contribuição de Freire para os estudos da comunicação como diálogo, no âmbito desta pesquisa, se dão principalmente pelo diálogo como base teórica do direito à comunicação, o que será abordado de forma mais ampla no capítulo 2.

A referência teórica proposta para a investigação da comunicação como diálogo nesta tese está em Bakhtin (2011; VOLOCHINOV/BAKHTIN, 2002), que destaca em sua obra o caráter comunicativo da linguagem, a dimensão pragmática, socialmente situada. Nas práticas concretas do processo dialógico e da produção de enunciados, ele aponta uma multiplicidade de vozes sociais com variedade de relações e interrelações, onde se inclui o não-verbal. Não há pretensão de fazer uma investigação filosófica da linguagem com base nos estudos de Bakhtin, mas buscar em suas reflexões formas de pensar a comunicação existente nas situações reais de interação social.

Bakhtin dispensava encaixamentos ou rótulos e em seu fazer como pensador buscava a variedade e a polifonia, conforme os conceitos que desenvolveu em suas obras. Suas inquietações éticas e políticas foram a força motivadora dos estudos em numerosos e variados assuntos. Em sua filosofia da linguagem, ele propõe uma aplicação dos conceitos em preocupações da vida cotidiana, pois considera que há um embate incessante entre forças centrípetas e centrífugas no universo, que aspiram mudança ou retenção, separação ou junção. Bakhtin procura entender como o embate entre tais forças se manifesta em diálogos nas relações sociais, entre indivíduos e culturas. Busca isso de formas diversas, em uma variedade de áreas específicas, que mudam ao longo da vida e obra, passando da identificação de gêneros literários iniciais às camadas do discurso social da linguagem natural (CLARK; HOLQUIST, 1998).

A linguagem de um sistema cultural é feita de palavras compostas por camadas de contextos e numerosos modos de falar da sociedade. Há uma disputa entre forças opostas (centrípetas/centrífugas) que buscam de um lado a unificação/centralização dos significados e de outro a diversidade/aleatoriedade para mantê-los abertos a diferentes contextos de enunciação. Como a maioria dos pesquisadores se ativeram aos aspectos normativos e

sistêmicos da linguagem, Bakhtin se propõe a estudar as forças centrífugas da linguagem a partir de falas concretas (CLARK; HOLQUIST, 1998).

A heterogeneidade constitutiva da linguagem é uma constante no pensamento bakhtiniano, presente em sua busca por formas de representá-la. Há indícios dessa ideia em vários de seus trabalhos, como aponta Brait (2005, p. 89) na “preocupação com a dimensão histórico-ideológica e a consequente constituição sógnica das ideologias; a insistência na natureza interdiscursiva, social e interativa da palavra”, na reflexão sobre gêneros discursivos e na interdiscursividade da linguagem.

A noção de linguagem está comprometida com uma visão de mundo. Na relação entre linguagem e sociedade, Bakhtin procura entender as ligações entre enunciado, condições de comunicação e estruturas sociais e em que medida a ideologia determina linguagem e consciência (BRAIT, 2005). Interessa a ele saber como a realidade determina o signo e como este reflete as transformações na realidade. As palavras são tecidas por muitos fios ideológicos, perpassam todas as relações entre indivíduos e são indicadores de mudanças sociais. As mudanças podem ser estudadas pelos conteúdos e formas de discurso que tomam forma no contexto da vida (VOLOCHINOV / BAKHTIN, 2002).

Bakhtin formaliza o discurso como uma instância significativa de estudo. Com a perspectiva da dimensão histórica e da natureza social – e não individual. Trabalha questões de compreensão e significação, a partir das interações entre sujeitos e entrelaçamento de discursos de outros, veiculados socialmente (BRAIT, 2005).

A principal característica de seu pensamento está em compreender os fatores que tornam o diálogo possível. O diálogo se dá não só na conversação, mas também nas condições que são moldadas nas trocas entre as pessoas, que contemplam identidades e diferenças, em simultaneidade. Essa característica que permite um mesmo texto ter diferentes compreensões em variados contextos ou um indivíduo, ser único, incorporar e compartilhar com os outros indivíduos e seres diferentes. Para os autores de sua biografia, Katerina Clark e Michael Holquist (1998), a comunicação entre diferenças simultâneas é um dos significados do diálogo em Bakhtin.

A concepção dialógica está baseada na capacidade de compreender os díspares em simultaneidade. Frente a inúmeros contextos e possibilidades ideológicas existentes, em meio ao diálogo constante com o mundo, articulamos valores pelos quais vamos responder e/ou nos responsabilizar. Os pontos de vista moldam valores que se visibilizam em formas de

expressão, e essas levam às diferenças. Bakhtin busca conexões para suas reflexões na pluralidade e articula categorias que são base de outras teorias linguísticas como diferença, variedade, alteridade, responsabilidade. A articulação, para ele, é um processo de mediação, enfatizado tanto no sentido da enunciação, como na conjunção de elementos díspares. “O discurso é uma ação” de “consciências empenhadas em um entendimento simultâneo” (CLARK; HOLQUIST, 1998, p. 237).

Como fundamento de toda a existência está a “outridade”. A atividade do ser é a interação entre eu (*self*) e o outro e a partir dessas relações que se constroem referenciais no mundo. Na alteridade, o outro é imprescindível para constituição do eu (*self*). Por isso, a comunicação é essencial, como uma recíproca interdependência, o diálogo é a estrutura básica de qualquer existência e os seres humanos estão sempre em relação com o outro. As interações eu-outro acontecem não só em palavras e textos, mas também em atos e pensamentos (CLARK; HOLQUIST, 1998).

Bakhtin considera que nas ciências humanas objeto e método são dialógicos. Ele coloca o texto como central nos estudos sobre os homens. Como objeto, o texto significa, é único, dialógico e só existe a partir de uma sociedade. Na busca por interpretar e compreender o outro, o método também contempla esse diálogo entre “o sujeito da cognição e o sujeito a ser conhecido” (BARROS, 2005, p. 27).

Uma contribuição de Bakhtin para os estudos da comunicação está na concepção que ele apresenta com objeções à influência da teoria da informação na linguística a partir dos anos 50. As críticas aos modelos/esquemas se fazem ao caráter mecanicista, ao modelo linear que se refere apenas ao plano de expressão e à simplificação da comunicação linguística. Seus trabalhos trazem diversidade de vozes, gêneros discursivos e elementos sociais que caracterizam os discursos, onde sujeitos se constituem a partir da interação com o outro pelo diálogo. Há uma reversibilidade das posições entre produtores e receptores de textos, além da postura ativa e responsiva de ambos (BARROS, 2005). Essa concepção do autor também é ressaltada por Irene Machado (2005a):

Quando considera a função comunicativa, Bakhtin analisa a dialogia entre ouvinte e falante como um processo de interação “ativa”, quer dizer, não está no horizonte de sua formulação o clássico diagrama espacial da comunicação fundado na noção de transporte de mensagem de um emissor para um receptor, bastando, para isso um código comum. Para Bakhtin, tudo o que se afirma sobre a relação falante/ouvinte e da ação do falante sobre um ouvinte passivo não passa de “ficção científica”, um raciocínio raso que desconsidera o papel ativo tanto de um quanto de outro sem o qual a interação não acontece (MACHADO, 2005a, p. 156).

O lado normativo da linguagem - gramática, sintaxe e fonética - funciona para Bakhtin como um conjunto de normas prioritárias apresentadas ao indivíduo (como as morais, judiciais ou estéticas), que podem ser respeitadas ou mesmo transgredidas em comunidades particulares. O signo é considerado em parte como em Saussure: um indicador (significante) e um conceito (significado), embora este último não esteja apenas na mente, mas no social, nas relações interpessoais. Também compartilha com Jakobson o pressuposto de que tudo significa. Ele não exclui a sistemática característica da linguística pós-saussureana, embora considere sistematicidades diferentes na complexidade de elocuições em situações particulares. Com isso, ele é considerado “assistemático” por alguns autores (CLARK; HOLQUIST, 1998).

Uma crítica de Bakhtin a alguns autores da linguística do século XIX está em muitos estudos subestimarem a função comunicativa da linguagem, com esquemas abstratos que não correspondem à realidade e enfraquecem o papel ativo de ambos os interlocutores no processo de comunicação.

(...) sugere-se um esquema de processos ativos de discurso no falante e de respectivos processos passivos de recepção e compreensão do discurso no ouvinte. Não se pode dizer que esses esquemas sejam falsos e que não correspondam a determinados momentos da realidade; contudo, quando passam ao objetivo real da comunicação discursiva eles se transformam em ficção científica (BAKHTIN, 2011, p. 271).

Bakhtin se insere na tradição do pensamento linguístico russo, mas difere dos linguistas no modo de desenvolver os estudos da linguagem. Contraposta à dialética estruturalista - mecanicista, fechada em oposições binárias, partitivas - ele tinha uma vocação mais orgânica, na qual propõe um pensamento dialógico e relacional. Sua filosofia é considerada uma translinguística, pois inclui fatores que estão além da descrição linguística (CLARK; HOLQUIST, 1998).

Para entender de forma mais ampla a linguagem, Bakhtin diz estudar a comunicação, distinguindo dos linguistas que estudam a língua. A unidade de investigação da comunicação é a enunciação e não a linguagem. A enunciação não é fala – combinação livre de escolhas individuais - pois a interação com o outro é determinante na comunicação. As situações reais mostram que além de qualquer articulação particular, há um contexto mais amplo que governa

a enunciação. E para evitar o dualismo entre essas duas influências, Bakhtin elege a comunicação como seu objeto de análise (CLARK; HOLQUIST, 1998).

O uso de uma língua se dá na forma de enunciados. Bakhtin não faz distinção entre os termos enunciado ou enunciação, empregando-os tanto para o ato de produção do discurso oral, como para o discurso escrito, como em um romance publicado. A noção contempla a simultaneidade em falar e ouvir, como ações não exclusivas. Os enunciados refletem de forma concreta e única os campos onde se inserem, suas condições específicas e finalidades, pela construção composicional, conteúdo temático e estilo. Os tipos estáveis de enunciados em cada campo são considerados gêneros de discurso (BAKHTIN, 2011).

A enunciação é mais complexa do que a articulação de uma intenção pessoal de quem fala, pois sua estrutura é determinada pela situação imediata do diálogo e condicionada pelo meio social em que se insere. Na interação, as forças sociais estão sempre em conflito e a linguagem é o lugar onde os embates se travam. A enunciação também contempla a enderecividade, que é a percepção do outro em geral e do parceiro dialógico em particular. (CLARK; HOLQUIST, 1998). O enunciado não é uma unidade convencional, mas uma unidade real da comunicação discursiva. O discurso só existe na forma de enunciações concretas de um falante. “Por sua precisão e simplicidade, o diálogo é a forma clássica de comunicação discursiva” (BAKHTIN, 2011, p. 275).

A elocução é modo como se fala, que pode gerar diferentes significados nas enunciações, determinada pelo meio social e especialmente pela situação social imediata e real de diálogo. Na compreensão diferenciada que tem de linguagem, Bakhtin concebe o significado como parte do social, compartilhado entre os outros e limitado pelo contexto. O que eu falo, capturo da minha comunidade e significo quando lhe devolvo, em diálogo (às vezes em coro) dentro das regras que me permitem. Um processo indireto, em dois passos (CLARK; HOLQUIST, 1998).

O diálogo se caracteriza por ser uma das formas mais importantes de interação verbal, que em um sentido mais amplo abrange atos de fala impressos, podendo ser considerado o livro um elemento da comunicação verbal (VOLOCHINOV / BAKHTIN, 2002). O diálogo é um processo complexo e amplamente ativo, onde devemos considerar a multiplicidade de falantes. Para Bakhtin, a linguagem é dialógica. Suas reflexões sobre os princípios dialógicos influenciaram e contribuíram com os estudos sobre texto e discurso. “O diálogo é a forma clássica da comunicação discursiva, sendo o estudo do enunciado sua unidade real” (BAKHTIN, 2011, p. 275).

O dialogismo diz respeito ao diálogo e possui uma dupla dimensão: por um lado contempla os processos discursivos na relação eu-outro, situadas historicamente, e por outro os muitos discursos que transpassam uma sociedade ou cultura, que podem ser assimétricos e não-harmoniosos (BRAIT, 2005). Para Diana Barros (2005), existem duas concepções para esse princípio: diálogo entre interlocutores e diálogo entre discursos.

No diálogo entre interlocutores se destacam quatro aspectos: o princípio fundador da linguagem é a interação entre interlocutores (fundamental para a comunicação); a relação entre sujeitos constrói o sentido do texto e a significação das palavras (na produção e interpretação recíprocas); a intersubjetividade é anterior à subjetividade, pois constitui o próprio sujeito produtor dos textos; há dois tipos de sociabilidade: na interação entre os interlocutores e dos sujeitos com a sociedade. O diálogo entre discursos parte da noção de muitas vozes, textos ou discursos que se entrecruzam no interior de um texto. Mas também considera outros aspectos “externos” que estão na relação do discurso com o outro, com o contexto sócio-histórico e o caráter ideológico da linguagem (BARROS, 2005).

Os conceitos de dialogismo e polifonia, embora muitas vezes usados como sinônimos nos escritos de Bakhtin, possuem diferenciações. Dialogismo é o “princípio dialógico constitutivo da linguagem e de todo discurso” e polifonia caracteriza “um certo tipo de texto, aquele em que o dialogismo se deixa ver, aquele em que são percebidas muitas vozes, por oposição a textos monofônicos” (BARROS, 2005, p. 34). Monofonia e polifonia são efeitos de sentido existentes em procedimentos discursivos, que se constituem e definem como dialógicos.

Em seus estudos sobre os valores, Bakhtin traz o conceito de responsabilidade, que também é apresentado em algumas traduções de seus livros como responsabilidade, uma vez que o sentido etimológico da palavra relacionava-o com “resposta” (CLARK; HOLQUIST, 1998). Ele acredita que precisamos ser responsáveis (ou responsáveis) pelo lugar que ocupamos no mundo e como nos relacionamos. Situamo-nos de forma singular em um tempo e espaço, de maneira ativa e única. Ao mesmo tempo nossa posição está sempre mudando por meio de valores que se transformam em atos na convivência e na constante interação com outros seres humanos e com o mundo natural.

Devido à incapacidade de impedir o significado das coisas, não há como evitar a responsabilidade, um constante responder que se relaciona à forma como as pessoas se situam no mundo. A capacidade de reagir ao ambiente define a própria vida e constitui uma responsabilidade. Para Bakhtin (2011), o ouvinte também é um falante: “A audibilidade como

tal já é uma relação dialógica. A palavra quer ser ouvida, entendida, respondida e mais uma vez responder à resposta, e assim ad infinitum” (BAKHTIN, 2011, p. 334).

Isso não quer dizer que as pessoas têm consciência da responsabilidade no exercício reflexo das respostas. As pessoas são livres para atender ou ignorar o chamado do mundo para uma resposta e uma forma de evitar essa atividade é aceitar os valores de um tempo e lugar particulares. Sendo um ser humano consciente, nas vivências é difícil ser neutro em termos de valores. “O modo como respondemos é como tomamos a responsabilidade por nós mesmos” (CLARK; HOLQUIST, 1998, p. 93).

O estilo da linguagem do locutor, suas escolhas lexicais ou gramaticais, é determinado pela avaliação que ele faz sobre a pessoa ou grupo ao qual se reporta. Na relação entre os interlocutores, há avaliações mútuas e os valores são expressos por meios verbais e extraverbais, por meio de conteúdo, expressões verbais ou corporais, entonação e atitudes (BAKHTIN, 2011; BARROS, 2005; CLARK; HOLQUIST, 1998).

O ouvinte, ao perceber e compreender o significado (linguístico) do discurso, ocupa simultaneamente em relação a ele uma ativa posição responsiva: concorda ou discorda dele (total ou parcialmente), completa-o, aplica-o, prepara-se para usá-lo etc.; essa posição responsiva do ouvinte se forma ao longo de todo processo de audição e compreensão desde o seu início, às vezes literalmente a partir da primeira palavra do falante. Toda compreensão da fala viva, do enunciado vivo é de natureza ativamente responsiva (embora o grau desse ativismo seja bastante diverso); toda compreensão é prenhe de resposta, e nessa ou naquela forma a gera obrigatoriamente: o ouvinte se torna falante (BAKHTIN, 2011, p. 271).

Mesmo a compreensão passiva se atualiza em algum momento como resposta, ainda que não seja imediata, nem em voz alta. Ao escutar uma ordem, a compreensão ativamente responsiva pode gerar uma ação imediata, um silêncio, um efeito retardado - resposta posterior nos discursos subsequentes ou via comportamento do ouvinte. Todo falante também é um respondente em algum momento, pois sua fala pressupõe enunciados anteriores nos quais se baseia ou considera conhecido pelo ouvinte. “Cada enunciado é um elo na corrente complexamente organizada de outros enunciados” (BAKHTIN, 2011, p. 272). “Todo enunciado concreto é um elo na cadeia da comunicação discursiva de um determinado campo” (BAKHTIN, 2011, p. 296).

Cada enunciado é pleno de ecos e ressonâncias de outros enunciados com os quais está ligado pela identidade da esfera de comunicação discursiva. Cada enunciado deve ser visto antes de tudo como uma resposta aos

enunciados precedentes de um determinado campo (...): ela os rejeita, confirma, completa, baseia-se neles, subentende-os como conhecidos, de certo modo os leva em conta (BAKHTIN, 2011, p. 297).

Se as ideias nascem na interação com o pensamento dos outros, é compreensível que isso se reflita na comunicação discursiva. Afinal, tudo que é dito se compõe do que outros já disseram. Nos enunciados podem ser encontrados ecos de palavras dos outros, latentes ou não. Dessa forma, o enunciado é inseparável dos elos precedentes, especialmente os explícitos internamente, o que gera atitudes responsivas e ressonâncias dialógicas (BAKHTIN, 2011).

Um recurso usado constantemente nas práticas discursivas é o chamado discurso citado, que é “o discurso no discurso, a enunciação na enunciação, mas é, ao mesmo tempo, um discurso sobre o discurso, uma enunciação sobre a enunciação” (VOLOCHINOV / BAKHTIN, 2002). Ele podem estar destacado como uma voz de outro na fala ou no discurso escrito, entre aspas ou precedido de travessão. Inseridos no interior do enunciado, assumem uma dupla expressão: do discurso original ou do enunciado que incorporou esse discurso. Também nomeado como discurso relatado, caracteriza uma apreensão ativa do discurso do outro e pode dar indicações sobre as tendências sociais que se manifestam nas formas da língua.

O estudo fecundo do dialogo pressupõe, entretanto, uma investigação mais profunda das formas usadas na citação do discurso, uma vez que essas formas refletem tendências básicas e constantes da *recepção ativa do discurso de outrem*, e é essa recepção, afinal, que é fundamental também para o diálogo. (VOLOCHINOV / BAKHTIN, 2002, p. 146)

Clark e Holquist (1998) colocam a questão de governança do significado por quem define o quanto da fala do outro é permitido ser compartilhado. Ao se apropriar das palavras do outro, o falante define os limites e a liberdade de significação que dará ao interlocutor. Discurso reportado é como Hanks (2008) o nomeia, definindo-o como a reprodução literal da fala de outro num discurso ou a descrição dessa fala, que tem natureza reflexiva e é autoconsciente. Tem por característica ser “um ‘documento objetivo’ da recepção social do discurso” (HANKS, 2008, p. 109).

1.3.1 Gêneros discursivos em Bakhtin

O estudo dos gêneros discursivos foi desenvolvido por Mikhail Bakhtin a partir da emergência da prosa, que passou a exigir parâmetros de análise que contemplassem a

pluralidade das interações que se realizavam pelo discurso - vozes, falas, ideias e posicionamentos no mundo, além de combinações de discursos. Foi se dirigindo a esse ambiente discursivo que Bakhtin fez as formulações sobre o dialogismo e aprofundou o olhar no processo comunicativo. Na prosa, mais especificamente no romance, ele “situou o universo das interações dialógicas constituído por diferentes realizações discursivas” (MACHADO, 2005a, p. 153). Ele apontou a diversidade e riqueza dos gêneros, que continuam a se recriar em seu fazer, são dinâmicos, com possibilidades inesgotáveis. Os gêneros discursivos surgem da linguagem, que contém variados diálogos cotidianos, enunciações institucionais, científicas e outros.

Gênero é um conceito plural, para Machado (2005b), que articula formas discursivas em linguagem verbal e não verbal, valores e visões de mundo. Apesar de situado no presente, o gênero também se volta ao passado para compreender a variabilidade da língua e das ideias no tempo, como uma “rede discursiva em expansão”. Para a autora, o gênero traz um tom expressivo ao modular o contato entre vida e enunciado e não apresenta estruturas formais, hierarquizadas ou acabadas para permitir a coexistência de diversificadas formas de ver o mundo e a sua história.

A diversidade dos gêneros do discurso se desenvolve de forma infinita pelas múltiplas possibilidades das atividades humanas à medida que determinados campos se complexificam. Nessa heterogeneidade, podemos citar as réplicas do diálogo cotidiano, o relato, a carta, o romance, as ordens detalhadas, documentos oficiais, manifestações políticas, sociais e científicas. Com a extrema heterogeneidade dos gêneros e a conseqüente dificuldade de definir a natureza geral do enunciado. Bakhtin (2011) faz duas distinções entre os gêneros discursivos:

- Gêneros discursivos primários (simples) – comunicação cotidiana;
- Gêneros discursivos secundários (complexos) – comunicação produzida em sistemas específicos a partir de códigos culturais mais organizados, predominantemente escritos: romances, pesquisas científicas, gêneros publicísticos (jornalísticos incluídos).

Os gêneros complexos também incorporam e reelaboram gêneros primários em sua formação. Mas nessa apropriação, eles perdem o vínculo com a realidade concreta e assumem um caráter especial. A réplica do diálogo cotidiano, por exemplo, deixa de ser gênero

primário quando é incorporado pelo romance ou pela matéria jornalística, pois assume as características desse novo contexto, sendo um enunciado secundário.

Nos estudos e investigações sobre um material linguístico concreto em qualquer campo da atividade humana e da comunicação, Bakhtin considera necessária a noção precisa da natureza do enunciado e da diversidade de gêneros do discurso. A análise de ambos os gêneros primários e secundários – por suas diferenças essenciais – servem para descobrir a natureza do enunciado, para permitir definições mais adequadas e também para superar as concepções simplificadas do chamado “fluxo discursivo da comunicação” (BAKHTIN, 2011, p. 269). Para tanto, deve se considerar a relação mútua entre os gêneros primários e a formação histórica dos gêneros secundários, que também colocam uma luz sobre a reciprocidade entre linguagem e ideologia. Os tipos de enunciados ou gêneros discursivos, para o autor, transpassam e ligam as histórias da sociedade e da linguagem.

Para compreender bem a natureza dos gêneros, Bakhtin (2011) sugere superar a descrição simples ou superficial da presença ou alternância dos estilos para uma contextualização histórica dessas variações nos gêneros discursivos, que refletem as mudanças ocorridas na vida social. Ele também considera essencial a distinção entre gêneros primários e secundários e uma classificação dos gêneros por campos de atividade. Essa divisão proposta não é considerada funcional por Irene Machado (2005a), mas sim uma possibilidade de dimensionar “as esferas de uso de linguagem em processo dialógico-interativo” (MACHADO, 2005a, p. 155). Conforme explica o próprio autor:

Em cada campo existem e são empregados gêneros que correspondem às condições específicas de dado campo; e a esses gêneros que correspondem determinados estilos. Uma determinada função (científica, técnica, publicística, oficial, cotidiana) e determinadas condições de comunicação discursiva, específicas de cada campo, geram determinados gêneros, isto é, determinados tipos de enunciados estilísticos, temáticos, composicionais relativamente estáveis (BAKHTIN, 2011, p. 266).

A avaliação social é um conceito de Bakhtin presente em várias obras, como um julgamento da situação de comunicação dialógica realizado pelos sujeitos, que permite interferir no enunciado, segundo Brait (2005). Essa atualização do enunciado em presença combina as dimensões histórica e intersubjetiva, apontando uma “criação ideológica” que não existe nas pessoas e sim entre elas. Essa ideia exemplifica o “permanente diálogo entre

indivíduo e sociedade, dimensão que a linguagem se encarrega de instaurar e mobilizar” (BRAIT, 2005, p. 93-94)

Desenvolvemos a própria experiência discursiva individual na interação com os enunciados individuais dos outros, fazendo uma assimilação das palavras, preenchendo nossos enunciados com suas expressões ou tonalidades valorativas, que reelaboramos. “Um dos meios de expressão da relação emocionalmente valorativa do falante com o objeto da sua fala é a entonação expressiva que soa nitidamente na execução oral” (BAKHTIN, 2011, p. 290). Em uma situação discursiva concreta, o falante escolhe recursos para o enunciado (gramaticais, lexicais, composicionais) visando à relação valorativa entre o conteúdo do objeto e o sentido do enunciado. Sequencialmente, o ouvinte também realiza seus juízos de valor.

No que denominou de “realidade histórica” dos signos, Bakhtin argumenta que a unidade da forma e do significado discursivo não é fixada em uma estrutura gramatical objetiva, mas produzida através da avaliação social do discurso. Este fato acarreta não apenas um julgamento moral ou estético, mas o revestimento total do discurso de valor, um processo que acontece em parte na recepção, em parte na composição (Bakhtin/Medvedev, 1985:124). Assim, nem o gênero nem o texto isolado podem ser vistos como um produto acabado em si, mas permanecem parciais e transicionais. A atualização do discurso muda com a sua recepção, de modo que a avaliação social está sempre sujeita a revisões (HANKS, 2008, p. 95).

O nosso aprendizado nas formas da língua se dá pelas formas de enunciação. As formas típicas dos enunciados, com as quais aprendemos a moldar o nosso discurso, são os gêneros, mais flexíveis e livres que as formas da língua. A diversidade dos gêneros do discurso acontece em função das relações sociais entre os sujeitos, a posição social e o contexto situacional, que variam entre formas (oficiais, familiares...) e entonação (respeitoso, caloroso, seco...). Quanto melhor o domínio dos gêneros, mais livre é o projeto de discurso (BAKHTIN, 2011).

(...) cada época e cada grupo social tem seu repertório de formas de discurso na comunicação sócio-ideológica. A cada grupo de formas pertencentes ao mesmo gênero, isto é, a cada forma de discurso social, corresponde um grupo de temas. Entre as formas de comunicação (por exemplo, relações entre colaboradores num contexto puramente técnico), a forma de enunciação (“respostas curtas” na “linguagem de negócios”) e enfim o tema, existe uma unidade orgânica que nada poderia destruir. *Eis porque a classificação das formas de enunciação deve apoiar-se sobre uma classificação das formas da comunicação verbal.* Estas últimas são

inteiramente determinadas pelas relações de produção e pela estrutura sócio-política. Uma análise mais minuciosa revelaria a importância incomensurável do componente hierárquico no processo de interação verbal, a influência poderosa que exerce a organização hierarquizada das relações sociais sobre as formas de enunciação. O respeito às regras de “etiqueta”, do “bem-falar” e as demais formas de adaptação à organização hierarquizada da sociedade tem uma importância imensa no processo de explicitação dos principais modos de comportamento (VOLOCHINOV / BAKHTIN, 2002, p. 43).

O direcionamento a alguém - ou endereçamento - é considerado característica constitutiva do enunciado. Esse destinatário pode ser identificado ou indefinido, interlocutor no diálogo, um grupo diferenciado, um superior hierárquico ou um amigo, e sempre haverá uma percepção diferenciada dele em cada gênero discursivo e campo de atividade. Ao construir o enunciado, busca-se antecipar uma influência sobre o outro, levando-se em consideração as concepções (supostas) do destinatário e a percepção dele sobre o discurso, que determinam a compreensão responsiva (BAKHTIN, 2011).

Uma questão apresentada sobre os gêneros discursivos é a natureza dos limites do enunciado, que Bakhtin considera ser a mesma a despeito da diversidade dos gêneros ou dos diálogos. Essas fronteiras se dão na alternância dos sujeitos do discurso. Outra peculiaridade é a conclusividade dos enunciados, que acontece internamente à alternância dos sujeitos do discurso, mas que apresenta uma inteireza acabada que gera compreensão e resposta (BAKHTIN, 2011).

Embora para Bakhtin o acabamento seja o processo de construção pelo qual uma obra se torna completa, a noção está relacionada principalmente à delimitação do discurso ou enquadramento, onde há uma unidade e não ao fim de uma obra. Um exemplo está na obra literária, que é constituída de subpartes integradas e unificadas em um todo heterogêneo. Os acabamentos podem se dar em unidades menores e situadas (HANKS, 2008). São três tipos principais de acabamento no discurso (temático, estilístico e de estrutura composicional), que se dividem em três níveis de realização (localmente – em episódios, seções, versos; em uma obra no todo; no contexto de produção e recepção de um discurso concretizado). Na discussão sobre gêneros, segundo Hanks (2008), interessava para Bakhtin a obra incluída em um processo de produção e recepção.

A noção mais ampla de acabamento em Bakhtin está situada na reflexão sobre a construção do todo na criação de um objeto estético, um processo no qual uma obra se torna completa. O acabamento se dá num primeiro momento pela vivência e interação com o outro

(ver e conhecer o outro, se colocar no seu lugar). Esse momento é considerado inacabado, pois só se completa pelo excedente de visão que a própria vivência proporciona (MACHADO, 2005b). A ideia de acabamento é interdependente do inacabamento. Um fenômeno pode ser focalizado por diferentes pontos de vista para a compreensão de um significado em uma situação real. O inacabamento parte dessas múltiplas possibilidades de sentido, que acabam se definindo orientadas por uma visão de mundo.

O próprio pensamento de Bakhtin se situa em uma reflexão em processo, considerada inacabada. Para Irene Machado (2005b), embora um grande tema de Bakhtin seja a relação criação-acabamento estético, sua obra teórica é um conjunto inacabado. Apesar de ter elementos coerentes e articulados, o dialogismo não é um sistema teórico acabado. Estudiosos consideram grande parte de seus textos como unidades independentes, a maioria escritas em diferentes épocas, em abordagens heterogêneas. Essa possível incoerência em Bakhtin, de pensar o acabamento no interior de uma reflexão inacabada, nos permite também vivenciar esse olhar extraposto e pensar sobre o inacabamento dos nossos próprios escritos.

1.4 QUEM PODE FALAR E O QUE PODE SER DITO

A noção de comunicação dialógica é construída por múltiplas vozes e uma delas precisa ser destacada para a compreensão de questões de legitimidade e poder inseridas nas práticas discursivas, a de Pierre Bourdieu. O autor cita Bakhtin em alguns de seus trabalhos e entre as abordagens levantadas neste estudo, algumas permitem uma aproximação entre os dois autores. Destaca-se a influência que a organização hierarquizada das relações sociais exerce sobre o processo de interação verbal e as formas de enunciação, as falas dentro de regras que são permitidas, o domínio dos gêneros pelas classes dominantes, que permite um discurso mais livre de condicionamentos.

Os conceitos de campo, *habitus* e capital, a relação entre estruturas objetivas (campos sociais) e estruturas incorporadas (*habitus*) em Bourdieu são fundamentais para a compreensão de seu pensamento. A noção de *habitus* está no conjunto de normas de comportamento e de atributos pessoais reconhecidos, representados pela posição que um indivíduo ocupa dentro de um campo. É como um comportamento social impresso no individual, que se apresenta nas formas de pensar e agir, na mente e no corpo. Ele se manifesta na percepção e apreciação específicas dos indivíduos, que refletem, ainda que de

forma inconsciente, regularidades sociais adquiridas na família, na escola e junto a grupos, ao longo da vida.

(...) o *habitus*, como indica a palavra, é um conhecimento adquirido e também um haver, um capital (de um sujeito transcendental na tradição idealista) o *habitus*, a *hexis*, indica a disposição incorporada, quase postural -, mas sim o de um agente em acção (BOURDIEU, 1998, p. 61).

O *habitus* linguístico é a “disposição permanente em relação à linguagem e às situações de interação, objetivamente ajustada a um dado nível de aceitabilidade” (BOURDIEU, 1998, p. 170-171). O autor atenta para o cuidado de não compreendê-lo como uma escolha consciente de uma estratégia linguística, mas sim um comportamento relacionado a uma competência específica e à autoridade em um campo social.

Os campos sociais são regidos por regras nem sempre explícitas que condicionam as ações e representações de seus integrantes. Neles se desenvolvem relações de força e disputas de sentidos entre os agentes, que ocupam posições diferenciadas. O campo atua internamente como uma formação, pois o indivíduo o incorpora através do *habitus*. As pessoas vão desenvolvendo suas práticas particulares e estratégias, suas formas de estar e agir no mundo, a partir da vivência em determinados campos. Entre as características encontradas em qualquer campo estão um conjunto de crenças, interesses específicos e disputas linguísticas (com recursos discursivos segundo normas estabelecidas) que são motivos de luta pelo poder de conservar ou transformar as visões de mundo. O campo pressupõe um espaço de posições relativas entre seus agentes, valores em disputa, um processo histórico de sua construção que gera um *habitus*.

Compreender a gênese social de um campo, e apreender aquilo que faz a necessidade específica da crença que o sustenta, do jogo de linguagem que nele se joga, das coisas materiais e simbólicas em jogo que nele se geram, é explicar, tornar necessário, subtrair ao absurdo do arbitrário e do não-motivado os atos dos produtores e as obras por eles produzidas e não, como geralmente se julga, reduzir ou destruir. (BOURDIEU, 1998, p. 69)

Sobre o conceito de capital, nos estudos da linguagem pode-se ressaltar o capital simbólico, que é a forma que todo capital assume através de categorias de percepção e avaliação. Por sua base cognitiva, se apoia no conhecimento e no reconhecimento, respondendo a expectativas socialmente constituídas. O capital simbólico é vinculado aos

demais capitais - econômico, cultural, social – e condiciona as posições discursivas que os agentes ocupam no espaço social. Ele se firma na legitimidade, no reconhecimento de um discurso pelos agentes, dentro dos campos a que pertencem e a que constituem cotidianamente pelas relações de poder.

O capital simbólico é uma propriedade qualquer - força física, riqueza, valor guerreiro – que, percebida pelos agentes sociais dotados das categorias de percepção e de avaliação que lhes permitem percebê-la, conhecê-la e reconhecê-la, torna-se simbolicamente eficiente, como uma verdadeira força mágica. (BOURDIEU, 1996, p. 170)

Como um bem simbólico, o discurso assume diferentes valores, dependendo de onde se situa frente às relações de força dos integrantes de um campo. Nas relações de produção dos discursos, o valor está em ser gramaticalmente adaptado à situação, mas, sobretudo, em ser aceito, crível, escutado.

Assim, toda a estrutura social está presente na interação (e, por aí, no discurso): as condições materiais de existência determinam o discurso por intermédio das *relações de produção linguística* que elas tornam possíveis e que estruturam. As condições materiais comandam, com efeito, não somente os lugares e os momentos da comunicação (determinando as chances de encontro e de comunicação através de mecanismos sociais de eliminação e de seleção), mas também a forma da comunicação por intermédio da estrutura da relação de produção na qual é engendrado o discurso (distribuição de autoridade entre locutores, da competência específica etc.), o que permite a alguns impor seus próprios produtos linguísticos e excluir os outros (BOURDIEU, 1998, P. 167).

As trocas linguísticas são permeadas por relações de força. A eficácia simbólica do discurso está em um conjunto de fatores que antecede as trocas linguísticas. Eles estão condicionados à autoridade e reconhecimento daquele que o pronuncia, posição social dos interlocutores, propriedades do discurso e legitimidade da instituição que o autoriza.

Na produção do discurso, a eficácia será maior quanto maior for a sensibilidade para compreender como os interlocutores percebem os signos. Bourdieu (1983) utiliza a noção de competência para se referir à influência que diferentes formas de capital exercem na constituição da “personalidade social do locutor”, que não se refere apenas à capacidade linguística. Conforme o *habitus* faz a mediação entre a situação vivenciada e a produção linguística, as práticas discursivas tendem a ser modificadas, visando o reconhecimento do receptor. A competência apresentada por Bourdieu tem o sentido de direito à palavra ou

“direito ao poder pela palavra”. Contempla a relação entre o domínio prático da linguagem e das situações, que permitem adequar a produção do discurso a situações determinadas.

Não procuramos somente ser compreendidos mas também obedecidos, acreditados, respeitados, reconhecidos. Daí a definição completa da competência como *direito à palavra*, isto é, a linguagem legítima como linguagem autorizada, como linguagem de autoridade. A competência implica o poder de impor a recepção (BOURDIEU, 1983, p. 161).

Nas relações de força simbólica que regem a produção e circulação linguísticas, Bourdieu (1983) destaca disputas de visões de mundo que acontecem nos diferentes campos de atividades, passam pela competência linguística e discursiva dos grupos e afetam os diálogos particulares. Segundo ele, no campo linguístico as leis de produção estabelecem as participações representativas, quem tem ou não direito a falar e o que pode ser dito no grupo.

A verdade da relação de comunicação nunca está inteiramente no discurso, nem mesmo nas relações de comunicação; uma verdadeira ciência do discurso deve buscá-la no discurso, mas também fora dele, nas condições sociais de produção e recepção dos produtores e receptores e da relação entre eles. (BOURDIEU, 1983, p. 162)

Os estudos do discurso devem considerar que o direito de falar - quem pode falar, a quem e como - passa por leis internas de um campo, determinadas pelas relações de força simbólica. Além de proporcionar comunicação e conhecimento, a língua é um instrumento de poder. A crença e o reconhecimento do outro como falante e/ou como ouvinte é uma premissa da efetivação da comunicação. Por outro lado, a censura e exclusão da possibilidade de comunicação podem ser feitas mais radicalmente de forma escondida, quando indivíduos são chamados para “lugares sem palavra” ou não são convidados para lugares reservados às falas de autoridades. Uma ciência do discurso deve estar atenta às condições de produção, uma vez que elas contêm a previsão das condições de recepção (BOURDIEU, 1983).

A posição das pessoas relacionada à distribuição do poder de fala deu origem à concepção de lugar de interlocução, conceito elaborado por Inesita Araújo (2002) na reflexão sobre modelos teóricos da comunicação. Baseado no pensamento de Bourdieu, a autora considera a existência de um mercado simbólico como espaço de disputa de sentidos sociais. Os espaços sociais são formados por núcleos discursivos onde os interlocutores lutam por poder simbólico, a capacidade de tornar dominante um modo de perceber e intervir sobre o mundo. Propõe-se, nesta pesquisa, trazer o conceito para fornecer meios para a compreensão

das práticas de comunicação, referenciando ao mesmo tempo interlocutores, processos e contextos.

A posição que uma pessoa, grupo ou instituição ocupa em um determinado núcleo discursivo, conforme o poder simbólico que possui, tem relação com as posições que os outros ocupam no mesmo espaço social. Quando os interlocutores reconhecem os lugares como legítimos, a comunicação tem mais chances de dar certo. Apesar da desigualdade existente no poder de fala entre diferentes interlocutores, condicionado pelos diferentes capitais que dispõem, os espaços sociais são locais de produção de sentidos, embates, pressões e lutas políticas que possibilitam articulações e transformações das relações de poder. Agentes que defendem uma mesma visão de mundo podem constituir comunidades discursivas como estratégia de fortalecer suas ideias em um determinado espaço social. Diferentes grupos concorrem pelo poder simbólico em um mesmo espaço discursivo, com relações que podem variar do antagonismo à cooperação, cujas alianças podem ser feitas por convicção ou como estratégia de fortalecimento de seu lugar de interlocução. Comunidades discursivas que ocupam uma posição favorável nos embates discursivos têm mais possibilidades de ter discursos dominantes ou, poder maior, naturalizados como verdades (ARAÚJO, CARDOSO, 2007; ARAÚJO, 2002).

A construção teórica de lugar de interlocução relacionada ao campo da saúde leva a observar que as políticas públicas são construídas a partir de discursos reconhecidos por terem maior legitimidade pelos interlocutores que ocupam as posições privilegiadas na arena discursiva (ARAÚJO, 2002). Embora haja negociação e embates pela visibilidade de outros discursos, se impõem os que possuem maior poder simbólico, o que garante prioridade a um determinado discurso em detrimento de outro. Os espaços institucionais tem um lugar de interlocução privilegiado na relação com a população e seus representantes possuem maior autoridade de fala nas disputas discursivas, sendo seus discursos legitimados pela instituição, pelo cargo que ocupam, pela cientificidade que evocam e inclusive pelos próprios usuários, que reconhecem uma autoridade, que não costuma ser contestada.

A luta por poder na dimensão simbólica é desigual, pois os interlocutores possuem capitais diferenciados. A potencialidade de transformação ou manutenção dos discursos dominantes passa pelas estratégias utilizadas pelos diferentes grupos para alcançar melhores lugares de interlocução, como os sistemas de nomeação. Categorizar e nomear as coisas pode influenciar no poder de construir realidades, o que tem sido utilizado com mais propriedade

pelos grupos dominantes para naturalizar certas categorias – usuário, cliente, por exemplo. Para não subestimar ou superestimar as estratégias é preciso ampliar a capacidade de percebê-las, buscar outras perspectivas, pois os embates incorporam mudanças e inovações. (ARAÚJO, CARDOSO, 2007; ARAÚJO, 2002).

1.5 ABORDAGEM ANALÍTICA DO DIÁLOGO

Nas obras de Bakhtin são mostrados caminhos percorridos na análise dos textos, principalmente, com base em enunciados literários, mas não foram desenvolvidos dispositivos de análise específicos, orientações ou modelos. Sua abordagem, porém, propõe um olhar ampliado sobre as relações dialógicas entre discursos e gêneros discursivos que permitem análises atemporais e em diferentes tipos de discurso.

A articulação entre as perspectivas teóricas de Bourdieu e Bakhtin é feita nos estudos do linguista-antropólogo William F. Hanks (2008), que considera as teorias compatíveis, embora poderosas e distintas, cuja combinação permite uma coerência analítica. Para ele, o arcabouço analítico com base nos dois pensadores permite relacionar as formas simbólicas e a ação social. O autor avalia como primordial a dimensão do poder no/do texto, que permite relacionar a formação textual com as relações sociais e o sistema cultural. Como um ato de fala e um modo de naturalizar as realidades sociais, o estudo do texto pode trazer contribuições para a pesquisa social.

Para manutenção da eficácia simbólica, os discursos oficiais tem a capacidade de naturalizar o que afirmam, como uma forma de estabelecer suas convicções. E assim impõem e extraem sua autoridade, utilizando o potencial de construir verdades e inculcar aos sujeitos as formas como devem responder. Os gêneros discursivos são uma forma de naturalizar a realidade, ao familiarizar os indivíduos com suas convicções. “Vistos a partir da perspectiva da prática, os gêneros são parte da naturalização da experiência social” (HANKS, 2008, p. 113-114).

Diferentes tipos de discurso constituem os gêneros, em combinações instáveis e com reprodução temporária ao longo do tempo, pois são práticas de um campo em transformação. O uso da linguagem deve ser observado em esferas específicas, que permitem ver as possibilidades discursivas em um ambiente que possui regras e características próprias de

interação, onde são produzidos, distribuídos e consumidos textos voltados para contextos de ação, com orientação temática e carga valorativa (HANKS, 2008).

Ao pensar os gêneros discursivos na atualidade, Irene Machado mostra que o diálogo, como forma elementar da comunicação, também é reportado para outras esferas de uso de linguagem, como na comunicação mediada pela tecnologia. E a criação de gêneros com os códigos culturais dessas linguagens de comunicação mediada se mostram em expansão na polifonia urbana.

Realmente, nossa interação com o cinema, programas de televisão, formatos digitais deve muito ao conhecimento que adquirimos com a literatura, diálogos da comunicação ordinária, leituras de jornais, anúncios publicitários, canções e outros gêneros da esfera secundária. Com relação às diversas esferas da produção discursiva, “filmes”, “programas”, “formatos” são os enunciados concretos da comunicação mediada por mídias e, portanto, gêneros discursivos da cultura prosaica. (MACHADO, 2005a, p. 162)

Os gêneros discursivos servem como meios para olhar e conceituar a realidade, a partir da análise dos textos e diálogos circulantes em um determinado espaço-tempo. O diálogo é um produto e um processo sociocultural, que traz elementos da organização textual, das relações de poder de um campo e do contexto social em que se realiza. Diálogos são correntes de enunciados, sendo estes uma unidade real de análise da comunicação discursiva.

Para trabalhar uma abordagem metodológica de análise de enunciações privilegiando o diálogo, Hanks (2008) desenvolveu uma teoria da prática dos gêneros discursivos na qual relaciona as condições locais de produção com as práticas comunicativas situadas. A partir de investigação sobre o contexto, o autor busca aproximar as perspectivas microsociológica e global, integrando as práticas discursivas que se configuram nesses níveis com foco nos discursos (micro) e nos sistemas linguísticos e culturais (macro). O contexto é um conceito teórico baseado em relações, para Hanks (2008), e entre as várias possibilidades de estudá-lo, seu interesse está nos processos que originam diferentes unidades e níveis contextuais, que ele aborda por meio de duas dimensões: emergência e encaixamento. A primeira está relacionada a aspectos do discurso na interação em curso em um contexto restrito social e histórico; a segunda designa aspectos contextuais do enquadramento ou centração do discurso em quadros teóricos mais amplos. A proposta de Hanks será utilizada como uma estratégia de análise das entrevistas da pesquisa e está descrita no percurso metodológico.

Nesta pesquisa, o contexto das práticas discursivas se visibiliza nas interações entre as pessoas nos espaços onde os sujeitos vivem, atuam e buscam por cuidados nas suas experiências de adoecimento. Há uma pluralidade das demandas e necessidades na vida concreta das pessoas que passam pelo direito à humanidade, que envolve o direito de ser e não apenas de ter saúde, e pelo dever do Estado brasileiro de assegurar o direito à saúde como direito de todos. Ser, no SUS, contempla a luta das mulheres por cidadania, reconhecimento, por serem ouvidas e consideradas nas suas necessidades e não encaixadas em um mundo de subordinação ou superordenação (PINHEIRO, 2014).

2. DIREITO À COMUNICAÇÃO COMO MANIFESTAÇÃO DO DIREITO HUMANO À SAÚDE

No campo da saúde a comunicação não se dissocia da noção de direito, é dirigida a ‘cidadãos’, objetiva o aperfeiçoamento de um sistema público de saúde em todas suas dimensões e a participação efetiva das pessoas na construção dessa possibilidade (ARAÚJO; CARDOSO, 2007, p. 61).

Este capítulo parte do levantamento de questões conceituais e históricas, que afirmam o direito humano à saúde em sua relação com o direito à comunicação, para se aproximar de como essa noção se expressa atualmente na política pública selecionada para o estudo.

Em princípio, será abordada a identificação teórica do diálogo com o direito à comunicação, visível desde suas primeiras manifestações públicas. As ideias de participação ativa e direito à voz em Paulo Freire são trazidas como uma base teórica para a positivação desse direito. A construção histórica da comunicação como direito é apresentada na sequência, relacionando-se ao processo bidirecional que implica em reciprocidade e diálogo democrático, em contraposição ao monólogo e ampliando o direito a ser informado.

A aproximação entre os conceitos e práticas de comunicação e saúde como direito está na perspectiva da integralidade em saúde, princípio do SUS e elemento constitutivo do direito à saúde. As reflexões e práticas desse princípio consideram a escuta atenta do outro, a legitimidade dos usuários em suas culturas e saberes e o reconhecimento de que as demandas dos sujeitos passam pelas práticas discursivas. Um desafio apontado para a realização desses direitos na realidade concreta, e não somente como um direito formal estabelecido por lei, está na vinculação a uma cidadania ativa.

Como será visto adiante, o debate sobre a participação social se relaciona à dimensão do direito à comunicação, embora haja diferentes perspectivas nas práticas de participação institucional no SUS, com modelos instrumentais e construções dialógicas em disputas simbólicas desiguais. A compreensão sobre comunicação nas conferências nacionais de saúde ao longo dos anos apresentou momentos de aproximação e distanciamento da noção de direito à saúde.

Finalizando o capítulo, a comunicação é relacionada ao controle do câncer de colo de útero, sendo descritas ações e abordagens registradas ao longo da implementação da política pública até as normativas atuais, e suas aproximações com a noção de direitos.

2.1 O DIÁLOGO COMO BASE TEÓRICA DA COMUNICAÇÃO COMO DIREITO

A ideia de comunicação como diálogo está relacionada à noção de direito à comunicação desde seu primeiro registro em uma publicação de 1969, do então diretor da Divisão de Rádio e Serviços Visuais das Nações Unidas, Jean d'Arcy. O processo comunicacional bidirecional e o diálogo democrático também são premissas do reconhecimento pioneiro do direito à comunicação na emblemática publicação da Unesco conhecida como Relatório MacBride, publicado nos Estados Unidos em 1980 e no Brasil em 1983, com o título *Um mundo e muitas vozes – comunicação e informação na nossa época* (UNESCO, 1983).

Hoje em dia se considera que a comunicação é um aspecto dos direitos humanos. Mas esse direito é cada vez mais concebido como o direito de comunicar, passando-se por cima do direito de receber comunicação ou de ser informado. Acredita-se que a comunicação seja um processo bidirecional, cujos participantes – individuais ou coletivos – mantêm um diálogo democrático e equilibrado. Essa ideia de diálogo, contraposta à de monólogo, é a própria base de muitas das ideias atuais que levam ao reconhecimento de novos direitos humanos. O direito à comunicação constitui um prolongamento lógico do progresso constante em direção à liberdade e à democracia. (UNESCO, 1983, p. 287-291 *apud* LIMA, 2011a, p.25)

A contextualização histórica da publicação da Unesco será abordada mais à frente, porém ressalta-se aqui a atualidade do documento, um relato contundente sobre a comunicação no mundo contemporâneo, na discussão da comunicação para fortalecimento da democracia. O Relatório foi boicotado por países que retiraram financiamentos da Unesco, a publicação foi restringida e a discussão ficou restrita a poucos espaços acadêmicos e organizações interessadas.

A comunicação como diálogo é uma perspectiva apontada por Paulo Freire desde a década de 1960 e é incorporada a esta reflexão por estar em consonância com a ideia de direito à comunicação. Embora o próprio autor não tenha feito essa associação direta, ele a faz de forma relativa no ensaio *Extensão ou comunicação?* (FREIRE, 1983), quando trata da questão da inviabilidade do diálogo nas relações verticais com camponeses como uma negação do direito.

Neste tipo de relações estruturais, rígidas e verticais, não há lugar realmente para o diálogo. E é nestas relações rígidas e verticais que se vem constituindo historicamente a consciência camponesa, como consciência oprimida. Nenhuma experiência dialógica. Nenhuma experiência de participação. Em grande parte inseguros de si mesmos. Sem o direito de dizer sua palavra, e apenas com o dever de escutar e obedecer (FREIRE, 1983, p. 32).

Na década de 1970, Venício Lima foi um dos primeiros a levar o interesse teórico por Paulo Freire para o campo da comunicação, ao considerá-lo a principal influência no pensamento contemporâneo da tradição teórica da comunicação como diálogo. Compreendendo a comunicação como processo que se dá na cultura e no cotidiano, nos sentidos produzidos a partir das interações, Freire considera “a matriz dialogal como referência normativa para o processo de comunicação, seja ela mediada tecnologicamente ou não” (LIMA, 2011a p.19). Nas reflexões sobre comunicação e cultura, as contribuições do educador para os estudos de comunicação são a base teórica para a positivação do direito à comunicação: as ideias de participação ativa e direito à voz.

Freire inclui a dimensão política na compreensão de comunicação, recorrendo à sua raiz semântica para relacioná-la à igualdade e ausência de dominação. A concepção dialógica implica uma “mão dupla” que contempla simultaneamente “o direito de informar e ser informado e o direito de acesso aos meios necessários à plena liberdade de expressão” (LIMA, 2011a p.26). O conhecimento proporcionado pelo diálogo comunicativo deve ser comprometido com a justiça e a transformação social para ser considerado verdadeiro e autêntico. Implicitamente, Freire também relaciona a comunicação como diálogo à liberdade, cidadania ativa, autonomia e participação política. “Para Freire, inequivocamente, o cidadão constitui o eixo principal da vida pública por meio da participação ativa e do direito à voz. A liberdade não antecede à política, mas se constrói a partir dela” (LIMA, 2011a, p. 26).

O que se pretende com o diálogo, em qualquer hipótese (seja em torno de um conhecimento científico e técnico, seja de um conhecimento “experiencial”), é a problematização do próprio conhecimento em sua indiscutível reação com a realidade concreta na qual se gera e sobre a qual se incide, para melhor compreendê-la, explicá-la, transformá-la (FREIRE, 1983, p. 34).

O diálogo é comunicativo e a comunicação, como diálogo, implica em reciprocidade entre os sujeitos comunicantes. Para Freire, na comunicação não há sujeitos passivos. Quando

um sujeito impõe ao outro o conteúdo de seu pensamento, sendo o outro um repositório paciente de seus conhecimentos, não há comunicação. Uma condição ao ato comunicativo é que “a expressão verbal de um dos sujeitos tem que ser percebida dentro de um quadro significativo comum ao outro sujeito” (FREIRE, 1983, p. 46).

A questão da reciprocidade de Freire (1983) remete à noção de comunicação como diálogo trazida por Bakhtin (2011), que considera que o ouvinte também é um falante. O diálogo é estrutura básica de qualquer existência, uma comunicação essencial na interdependência recíproca entre os seres humanos, que estão sempre com os outros e se constituem a partir dessa relação. É um processo ativo, que inclui vários falantes e um constante responder relacionado à capacidade de reagir às situações que o sujeito vivencia (a chamada responsabilidade). Bakhtin não relacionou a comunicação e o diálogo como um direito, mas propõe-se uma livre associação dessas reflexões ao processo bidirecional presente no direito à comunicação.

Ao situar o pensamento de Freire (1983) na reflexão sobre comunicação, Valdir Oliveira (2004) explica que além do compartilhamento de experiências entre os sujeitos, também há uma intenção de promover a inteligibilidade a partir da interação com o universo do outro, o que cria a capacidade de direcionar a ação social.

Isto quer dizer que a comunicação não é um processo que reflete mecanicamente as respostas e as interpelações de um indivíduo ou grupo para outro e sim que, através da ação, produzem um mundo compartilhado. Agindo compartilhadamente, eles estabelecem e interagem de maneira dialógica (ou conflitiva) para enfrentar e responder aos desafios sociais, grupais ou individuais (OLIVEIRA, 2004, p. 68).

Um das críticas a Freire está na noção de que ele se baseava em um diálogo entre iguais, pressupondo uma comunicação com base em consenso. No entanto, há compreensões de que a ideia de diálogo em Freire abrange o contexto político-social das relações humanas, onde os embates são inerentes aos sujeitos que precisam afirmar suas existências.

Esse diálogo apregoado por Freire não é ingênuo, destituído de conflito. Diálogo e conflito surgem como conceitos que vão atuar de forma dialética. É a existência do conflito que alimenta o oprimido para a luta de superação da sua condição frente ao opressor (SILVA; MENDES; QUEIRÓS, 2014, p. 480).

Na obra de Paulo Freire, o tema específico da comunicação é poucas vezes abordado e tem como base a teoria do conhecimento, ao considerar que a comunicação se dá na co-participação dos sujeitos no ato de pensar (FREIRE, 1983). Ele considera que a comunicação não acontece como transferência ou transmissão de saberes entre os sujeitos, e sim de forma crítica e compartilhada no ato de compreensão, em “um encontro de sujeitos interlocutores que buscam a significação dos significados” (FREIRE, 1983, p. 47).

Paulo Freire é considerado uma importante influência teórica em diversas vertentes de estudos e pesquisas em comunicação na América Latina, como na comunicação rural, nos estudos culturais, em estudos de recepção e educação para a comunicação. No entanto, suas ideias foram pouco apropriadas pelos estudos da área, especialmente, no Brasil, talvez por ele ter abordado de forma mais ampla a problemática da comunicação humana e não algo específico sobre meios de comunicação (MEDITSCH, 2008). Ainda que Freire nunca tenha estudado as práticas midiáticas, para Meditsch (2008) faltou aos pensadores da comunicação se darem conta do potencial da teoria freireana para aperfeiçoar ou incitar o compromisso com as práticas. Esse aspecto foi abortado do campo mesmo pelos comunicólogos que se debruçaram sobre sua obra. O autor supõe que essa ausência só pode ser explicada pela dificuldade existente no meio acadêmico da comunicação de transpassar essa dicotomia entre a teoria e a prática.

Nos poucos livros e muitos artigos escritos sobre Freire em nosso meio acadêmico naquela época, observa-se uma criteriosa descrição de seus conceitos e a absoluta ausência de relação destes conceitos com as práticas das mídias que os cursos de comunicação se propunham a ensinar (MEDITSCH, 2008, p.5).

Uma abordagem que Freire fez da mídia, ao falar do diálogo no ensino, é a crítica a uma ocultação da ideologia que perpassa o processo comunicativo. Ao falar sobre o uso pedagógico da televisão com consciência crítica, ele diz que pensar a mídia leva a pensar o problema da impossibilidade da neutralidade no processo de comunicação. Para ele, “toda comunicação é comunicação de algo, feita de certa maneira em favor ou em defesa, sutil ou explícita, de algum ideal contra algo e contra alguém, nem sempre claramente referido” (FREIRE, 2011, p.136). A viabilidade de diálogo se dá na “abertura respeitosa aos outros”, sobre a qual Freire coloca a importância da aproximação com a realidade do outro e do comprometimento com o desvendamento de verdades estabelecidas que ocultam ideologias.

2.2 CONSTRUÇÃO DA IDEIA DE COMUNICAÇÃO COMO DIREITO HUMANO

Conceito básico para a civilização, a ideia de liberdade de opinião já aparece na Grécia, estimulada pela comunicação interpessoal em discussões nas ágoras e foros. Com o surgimento da imprensa, princípios da liberdade de expressão começam a ser questionados frente à censura de governantes ou religiosos. No entanto, essas questões são ampliadas para a sociedade a partir das ideias iluministas do século XVII e XVIII.

A comunicação e a informação como direitos humanos têm seus antecedentes no século XVIII, quando a reflexão sobre as liberdades de expressão coletivas são incorporadas aos direitos fundamentais, expressas na Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão de 1789, na França. Ao refletir sobre as conquistas de direitos ao longo dos anos, Bobbio (2004) propõe uma classificação em quatro principais momentos, que ele define como gerações. Essa é considerada como a primeira geração de direitos, que traz a livre manifestação do pensamento político e religioso, onde se situam os direitos de liberdade e igualdade, nascidos contra o superpoder de governantes (BOBBIO, 2004).

A segunda geração de direitos é relativa aos direitos sociais. Supera o individualismo da primeira geração, exigindo a ampliação da ação do Estado na proteção das pessoas em áreas como saúde, educação e condições de trabalho. A terceira geração está relacionada aos direitos coletivos difusos, abrangendo temas como solidariedade, meio ambiente e desenvolvimento, com aspectos trazidos do direito internacional. E a quarta geração de direitos, é vinculada à pluralidade e direitos das minorias. Outros direitos sociais, como o direito à participação no poder, podem vir a se desenvolver, em contínuo movimento conforme contextos e condições propícias, como aponta Bobbio (2004), sendo alguns considerados ainda imprevisíveis nas perspectivas atuais.

O desenvolvimento da técnica, as transformações econômicas e sociais, a ampliação dos conhecimentos e a intensificação dos meios de comunicação poderão produzir tantas mudanças na organização da vida humana e das relações sociais que serão criados novos carecimentos, e assim, novas demandas de liberdade e de poderes (BOBBIO, 2004, p. 33-34).

Ao explicitar em que consistiriam os direitos de uma quarta geração, Guareschi (2013), apresenta a consciência e desejo dos seres humanos em participar ativamente na criação e construção de espaços, institucionais ou não, que respondam a suas necessidades de liberdade e autonomia. As reflexões, baseadas em Bobbio, Matteucci e Pasquino (1983, *apud*

GUARESCHI, 2013), seriam materializadas pelas pessoas no desejo e necessidade de falar, expressar opinião, manifestar pensamento livremente, que contempla o exercício autêntico da cidadania.

Outra classificação dos direitos é apresentada por Marshall (1967, *apud* LIMA, 2011b), visa sistematizar a noção de cidadania em três dimensões: civil, política e social. Para Lima (2011b), o direito à comunicação, nessa perspectiva, seria constituído simultaneamente pelas três dimensões da cidadania: como um direito civil (liberdade individual de expressão), um direito político (direito a ser informado, ter acesso à informação) e um direito social (acesso do cidadão a diferentes meios de comunicação, garantido via política pública). Peruzzo acrescentaria à classificação a dimensão cultural da cidadania, que está relacionada à comunicação nas lutas históricas pela democratização política e econômica. “Democracia no poder de comunicar é condição para ampliação da cidadania” (PERUZZO, 2005, p. 34).

A Declaração Universal dos Direitos do Homem da Organização das Nações Unidas, de 1948, foi um marco histórico para os direitos humanos. Proclamada pela maior parte dos governos mundiais como um padrão ideal, gerou uma demanda política de direitos para serem garantidos e aperfeiçoados continuamente, mas não tem força de lei. Desenvolvida após a Segunda Guerra Mundial, a Declaração da ONU é considerada fundamental para a democracia, ao buscar prevenir censura e garantir diversidade de pensamentos. No entanto, ela é constantemente violada no que diz respeito às liberdades de opinião e expressão. A referência à comunicação e informação está expressa no Artigo 19.

Todo ser humano tem direito à liberdade de opinião e expressão; este direito inclui a liberdade de, sem interferência, ter opiniões e de procurar, receber e transmitir informações e ideias por quaisquer meios e independentemente de fronteiras (ONU, 1948, Art. 19).

A liberdade de expressão também é expressamente protegida pelo Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos, adotado pela Assembleia-Geral da ONU em 1966. Ele entrou em vigor em 1976, quando conseguiu número mínimo de adesões de 35 estados. Esse Pacto em conjunto com o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (1966) reafirmam a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) e, juntos, formam a chamada Carta Internacional dos Direitos Humanos (INTERVOZES, 2010a; LEITE e MAXIMIANO, 1998).

Artigo 19 – 1. Ninguém poderá ser molestado por suas opiniões.
2. Toda pessoa terá o direito à liberdade de expressão; esse direito incluirá a

liberdade de procurar, receber e difundir informações e ideias de qualquer natureza, independentemente de considerações de fronteiras, verbalmente ou por escrito, de forma impressa ou artística, ou por qualquer meio de sua escolha (ONU, 1966).

A primeira referência à noção de direito à comunicação é creditada a Jean d'Arcy, quando ocupava o cargo de diretor da Divisão de Rádio e Serviços Visuais das Nações Unidas. Em 1969, ele publicou um texto⁹ relacionando o assunto à discussão de políticas internacionais que envolviam as inovações nas transmissões globais via satélite.

Na década de 1960, a evolução tecnológica das telecomunicações amplia a abrangência e o acesso da população a bens e serviços de comunicação. Em meio ao contexto das disputas ideológicas da Guerra Fria, surgem críticas ao desequilíbrio no fluxo mundial de informação e comunicação, caracterizadas pelo sentido único nas relações norte-sul (LIMA, 2011b).

A Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura - Unesco apoiou, no início dos anos 70 do século XX, uma discussão sobre a comunicação para o fortalecimento da democracia. A chamada Nova Ordem Mundial da Informação e Comunicação – NOMIC foi formada pelos países não alinhados à Nova Ordem Econômica Internacional. As primeiras formulações sobre o direito à comunicação surgem a partir desse debate, entre as décadas de 1970 e 1980.

A Comissão Internacional para o Estudo da Comunicação foi criada em 1977 no âmbito da NOMIC. Seus trabalhos geraram o Relatório MacBride, publicado em 1980 com o título em português *Um mundo e muitas vozes – comunicação e informação na nossa época* (UNESCO, 1983). Esse foi o primeiro documento de um órgão multilateral a reconhecer um forte desequilíbrio no fluxo de informações mundial (LIMA, 2011b). Frente à necessidade de implementação de políticas nacionais de comunicação, o Relatório MacBride apresenta a comunicação como um aspecto dos direitos humanos. Conceitua-a como um processo bidirecional entre participantes individuais ou coletivos, que possibilita um diálogo democrático e equilibrado. Dessa forma, contrapondo-se a ideias de monólogo e do direito de ser informado, está a base do reconhecimento do direito de comunicar.

⁹ *The time will come when the Universal Declaration of Human Rights will have to encompass a more extensive right than man's [sic] right to information, first laid down 21 years ago in Article 19. This is the right of man to communicate. It is the angle from which the future development of communications will have to be considered if it is to be fully understood* (D'ARCY, 1969, apud Ó SIOCHRÚ, 2005).

Virá o tempo em que a Declaração Universal dos Direitos Humanos terá de abarcar um direito mais amplo que o direito humano à informação, estabelecido pela primeira vez vinte e um anos atrás no Artigo 19. Trata-se do direito do homem de se comunicar (FISHER, 1984, p. 26 apud LIMA, 2011a, p. 25).

Até hoje, o Relatório, cujo nome remete ao presidente da comissão, o jornalista irlandês Sean MacBride, é uma referência sobre a democratização da comunicação na sociedade contemporânea. No entanto, a iniciativa desagradou governos e grandes empresários da mídia, criou tensões internacionais e oposição de países hegemônicos. Os Estados Unidos e o Reino Unido se retiraram da Unesco (em 1984 e 1985, respectivamente, alegando a politização do debate), suspenderam financiamentos, houve cerceamento das ideias e apenas uma edição da publicação foi lançada (RAMOS, 2005). A discussão perde força e é deslocada para o âmbito comercial, inicialmente ligado ao Tratado Geral sobre as Tarifas Aduaneiras e Comércio - GATT, depois denominada Organização Mundial do Comércio - OMC (LIMA, 2011b).

Apesar de entidades e organizações manifestarem preocupações com os direitos à comunicação, a distribuição desigual dos meios de comunicação e a invasão cultural, os movimentos que tratavam a questão dos direitos em comunicação e informação tiveram pouca visibilidade e impacto entre os anos 1970 e 1980. Na América Latina, vivia-se um período de repressão às liberdades, com os vários governos militares ditatoriais ao longo do continente. No Brasil, “a lógica da implantação de um moderno sistema de comunicação obedecia a interesses econômicos, políticos, ideológicos e militares” (MOMESSO, 2007, p. 9).

Na Constituição Brasileira não há menção ao direito à comunicação, mas alguns princípios sugerem avanços ao ideal de democratização dos meios de comunicação, como a proibição de monopólios ou oligopólios¹⁰, a complementaridade dos sistemas público, estatal e privado¹¹. No entanto, após mais de 25 anos, esses princípios constitucionais não foram regulamentados e, por consequência, não são obedecidos.

No sentido do direito à comunicação, “existe, no ordenamento jurídico nacional, o chamado direito de antena, que prevê o acesso de organizações civis à mídia” (BRITTOS e COLLAR, 2006, p. 1). No entanto, esse direito, atualmente, é reservado apenas a partidos políticos, que têm garantia na Constituição Federal¹² (BRASIL, 1988) de horário gratuito em rádio e televisão.

Em países como Alemanha, França, Espanha, Portugal e Holanda existe uma previsão legal que possibilita uma maior participação da sociedade

¹⁰ Art. 220. § 5º - Os meios de comunicação social não podem, direta ou indiretamente, ser objeto de monopólio ou oligopólio (BRASIL, 1988).

¹¹ Art. 223. Compete ao Poder Executivo outorgar e renovar concessão, permissão e autorização para o serviço de radiodifusão sonora e de sons e imagens, observado o princípio da complementaridade dos sistemas privado, público e estatal (BRASIL, 1988).

¹² Art. 17. § 3º - Os partidos políticos têm direito a recursos do fundo partidário e acesso gratuito ao rádio e à televisão, na forma da lei (BRASIL, 1988).

civil na mídia. [...] O direito de antena, quando utilizado corretamente, funciona como um importante meio de acesso da sociedade aos meios de comunicação, suprimindo o caráter de mão-única do processo (BRITTOS e COLLAR, 2006, p. 3).

No início dos anos 90, houve um aumento da concentração de meios de comunicação em conglomerados multinacionais no panorama mundial e a sociedade vivencia cada vez mais decisões e conflitos mediados por meios de comunicação e tecnologias de informação. O debate sobre direito à comunicação foi inicialmente pouco significativo, ganhando maior visibilidade no final dos anos 90, em meio ao desenvolvimento acelerado de novas tecnologias que lidam com mudança de comportamentos na produção, circulação e apropriação de conteúdos. O assunto ganha mais destaque na discussão dos direitos humanos por tratar de questões que envolvem o processo de democratização dos meios de comunicação e a participação ativa de cidadãos nas decisões (PERUZZO, 2005).

Nos anos 2000, algumas iniciativas ganham destaque ao tratar a comunicação como direito humano, caso da Campanha CRIS - *Communication Rights in the Information Society*, lançada em 2001. Esse movimento visa à democratização das tecnologias de informação e comunicação, sendo constituído por organizações não governamentais da área da comunicação e direitos humanos de diversos países. Um dos objetivos está em promover um fórum alternativo à Cúpula Mundial da Sociedade da Informação (*World Summit on the Information Society*), convocada pela Organização das Nações Unidas (PERUZZO, 2005). A Cúpula (CMSI ou WSIS, em inglês) realizou dois encontros do Fórum Mundial sobre os Direitos de Comunicação, em Genebra (2003) e Tunis (2005) e é conduzida pela União Internacional de Telecomunicações. Segundo Ramos (2007), é a hegemonia empresarial quem orienta as discussões.

A Declaração sobre os Direitos de Comunicação, de 2003, um dos documentos produzidos pelo Fórum da CMSI em Genebra, reconhece o direito à comunicação e aponta claramente o seu propósito de não substituir os direitos já reconhecidos pela comunidade internacional pelo direito à comunicação, mas ampliar seu alcance com novos elementos. Os fóruns, porém, não resultaram em compromissos com Estados, mas um conjunto de ações, produzidas a partir das reuniões, avançaram para a criação e desenvolvimento de processos de avaliação baseados em metas indicativas. Essa formulação inspira entidades civis, como a Campanha CRIS, a refletir sobre métodos avaliativos que contemplem outras perspectivas do conceito de direito à comunicação mais próximas às propostas dos movimentos sociais. A ideia vira uma publicação em 2005, proposta por ativistas da campanha em diferentes países e

regiões que tinham interesse em comparar as diversas experiências e significados do direito à comunicação, mesmo ressaltando o entendimento de que nem tudo pode ser comparável (Ó SIOCHRÚ, 2005).

Discussões sobre os temas da Cúpula foram realizadas também fora das conferências oficiais, como por exemplo, em reuniões do Fórum Social Mundial. Em 2002, o assunto foi tratado no painel Direito à Comunicação. Em 2005, um eixo temático é *Comunicação: práticas contra-hegemônicas, direitos e alternativas*. Alguns debates do Fórum Social Mundial foram organizados pela Campanha Continental pelo Direito à Comunicação (Decal), um movimento articulado por redes e entidades que trabalham com o tema, buscando incorporá-lo nas agendas nacionais (FSM, 2013; SELAIMEN, 2006).

Variadas organizações e instituições tem contribuído para pautar o debate e a construção de conhecimentos sobre o direito à comunicação no cenário nacional, como o Fórum Nacional pela Democratização das Comunicações e a Frente Nacional de Lutas por Políticas Democráticas de Comunicação. Outros debates, especialmente os ligados aos movimentos sociais, trazem novos elementos para a concepção da comunicação como o acesso ao poder de comunicar. Entre eles, as bandeiras das rádios comunitárias e rádios livres.

O Intervezes - Coletivo Brasil de Comunicação Social¹³ é uma entidade civil que trabalha em prol da efetivação do direito à comunicação desde 2002. A entidade é responsável pelo portal Observatório do Direito à Comunicação, que desde 2007 disponibiliza informações e debates sobre a comunicação no Brasil. Uma publicação recente, fruto de uma parceria com a Campanha CRIS, é o livro *Contribuições para a construção de indicadores do direito à comunicação* (INTERVOZES, 2010a), que propõe ferramentas para analisar a situação do direito à comunicação.

A intenção é fomentar um amplo debate sobre a construção de referências qualitativas e quantitativas de mensuração do direito à comunicação no Brasil e alimentar parcerias para reflexões e ações que possam viabilizar o desenvolvimento de indicadores para aplicação em âmbito local e nacional (INTERVOZES, 2010a, p. 11).

A 1ª Conferência Nacional de Comunicação aconteceu em 2009 e tem importância histórica por ser a primeira vez que a sociedade brasileira é chamada a debater sobre as políticas públicas para o setor (INTERVOZES, 2010b). Entre os eixos norteadores do debate, um foi Cidadania: Direitos e Deveres, que vinculava os temas como democratização da

¹³ Intervezes – Coletivo Brasil de Comunicação Social <<http://www.intervezes.org.br>>

comunicação, participação social na comunicação e liberdade de expressão, entre outros nesse âmbito. Foram aprovadas mais de 600 propostas para a área, mas pouco se avançou nos encaminhamentos após seu encerramento.

A regulamentação do direito à informação estabelecido pela Constituição Brasileira (BRASIL, 1988) foi implementada em 2011, conhecida como Lei do Acesso à Informação (BRASIL, 2011a). O cumprimento da Lei visa especialmente a garantia ao cidadão da possibilidade de acesso a informações de seu interesse em órgãos públicos. Também busca ampliar canais de diálogo com as entidades ao promover espaços de maior visibilidade e comunicação para os cidadãos (entre eles, garantia de serviço de atendimento ao consumidor, ouvidoria, disque-denúncia, endereço, telefone, e-mail). Mas a Lei não garante que a participação seja considerada na construção de políticas públicas. Atualmente, a compreensão do direito à informação como princípio da transparência e da publicidade ganha força, relacionando-se especialmente às instituições e serviços públicos (FONSECA, 1999). A adaptação às exigências legais está sendo gradual e visa a médio e longo prazo fortalecer a “cultura da transparência”¹⁴.

Enquanto há um avanço na positivação do direito à informação, ainda há forte resistência à efetivação da comunicação como um novo direito devido a interesses econômicos e políticos em nível mundial e nacional. Para Venício Lima (2011b), a ideia de direito à comunicação como um passo à frente do direito à informação está colocada há pelo menos 30 anos, mas ainda está longe de ser consolidada no Brasil e no mundo. A preferência de empresários e políticos que detém o controle dos meios de comunicação é defender conceitos de liberdade de expressão e direito à informação, por permitir manter a situação

¹⁴ A transformação do estado moderno de estado absoluto a estado de direito tem como evento-chave a publicidade dos atos do poder. A publicidade é um princípio importante, tanto por permitir ao cidadão conhecer e controlar os atos de quem está no poder, como por ser uma forma de distinção do que é lícito ou não. Essa é uma categoria tipicamente iluminista, que representa o contraste entre poder visível e poder invisível, que se buscava debelar nas sociedades. A democracia nasce para garantir esse desenvolvimento público de ações por governos e sua definição sempre inclui a visibilidade ou transparência do poder. A visibilidade tem um papel regulador no processo democrático, de tornar públicos fatos e ações do governo criando possibilidades para que o povo forme opinião apropriada, participe e controle a gestão (BOBBIO, 1986). No Brasil, a publicidade como princípio está presente na Constituição e em algumas regulamentações é nomeada como transparência. Transparência e visibilidade não são consideradas sinônimos neste estudo, pois além de uma associação histórica do primeiro conceito à gestão fiscal de governos/entidades e ao desenvolvimento do acesso à informação como uma cultura na administração pública (BRASIL, 2000; BRASIL, 2006, BRASIL, 2011), apresenta um significado ambíguo, que comporta a compreensão de invisibilidade tanto quanto visibilidade. Nesta pesquisa, a visibilidade significa o ato de tornar visíveis os usuários aos serviços e políticas públicas de saúde, destacando sua capacidade de contribuir para a melhoria da gestão a partir da ampliação de espaços de participação.

atual que garante concentração midiática, beneficiando mais às empresas do que aos interesses da sociedade.

No Brasil, a cada vez que movimentos sociais ou políticos questionam as legislações existentes ou sugerem a criação de leis visando democratizar o espaço midiático, as grandes empresas do setor apostam no não reconhecimento de direitos de comunicação. Assim, “toda ação do Estado sobre os meios de comunicação torna-se automaticamente ação censória e, por isso, uma ameaça a todos os direitos e a toda liberdade” (RAMOS, 2005, p. 250). Apoiadas pelos interesses empresariais, essas ideias ganham ampla repercussão na opinião pública. Por outro lado, vários países se mobilizam para incluir o reconhecimento da comunicação como um direito humano na pauta das nações, “por se tratar de um processo social fundamental, uma necessidade humana básica, o fundamento de todas as relações e organizações sociais” (MELO; SATHLER, 2004, p.7).

As três principais abordagens na atualidade variam entre afirmar o direito à comunicação como um direito novo a ser legalizado; contrária à comunicação como direito; e considerando como um direito que pauta a discussão, sem necessidade de positivação em lei. O argumento para a posição contrária à positivação considera que os direitos à liberdade de informação e expressão já são legalizados na Declaração Universal dos Direitos Humanos e contemplam a comunicação se forem mais bem explorados. Conforme o artigo de Valério Brittos e Marcelo Collar (2006), as táticas dessas correntes se dão em três perspectivas: legalista, liberal e normativo-tática.

A primeira é a visão legalista, na qual o direito à comunicação deve ser reconhecido como lei internacional e acrescentado à Declaração Universal dos Direitos dos Homens (1948). Tem como principal defensor o professor Cees Hamelink¹⁵, autor de um manifesto amplamente divulgado sobre as implicações desse reconhecimento. A abordagem é criticada pela “falta de limites claros em relação a outros direitos humanos, como o de liberdade de expressão, privacidade e propriedade” (BRITTOS; COLLAR, 2006, p. 2).

A segunda abordagem é a perspectiva liberal, que contesta a visão anterior e não apoia o reconhecimento legal. Considera o direito à comunicação como um novo rótulo para os direitos de liberdade de informação e expressão, que ainda não tiveram seu potencial totalmente explorado na Declaração Universal dos Direitos Humanos. Esse argumento é

¹⁵ Professor de Comunicação Internacional (University of Amsterdam), consultor em vários projetos de comunicação para a UNESCO.

adotado pela ONG Article 19¹⁶.

O posicionamento normativo-tático “prega o uso da palavra direito mais como uma tática de abordagem ao tópico do que algo para ser interpretado literalmente e aplicado legalmente” (BRITTOS; COLLAR, 2006, p. 2). A crítica a essa abordagem alega o possível enfraquecimento do direito à liberdade de expressão protegido pela Declaração Universal dos Direitos Humanos. É defendido pelo diretor da campanha CRIS, Seán Ó Siochrú¹⁷.

Sem a possibilidade de se comunicar e falar com outras pessoas, nenhum indivíduo, comunidade, grupo ou qualquer outra instituição seria capaz de existir, ou prosperar. [...] Por ter o direito de se comunicar e expressar pensamentos pessoais, ideias e opiniões, as pessoas sentem-se tratadas com igualdade - em outras palavras: Comunicação valida igualdade humana. Assim, a proteção e aplicação dos direitos de comunicação representa uma parte essencial do tema geral dos direitos humanos (COMMUNICATION RIGHTS, 2013)¹⁸.

A compreensão do direito à comunicação não é uniforme e, conforme aplicada em tempos, contextos ou públicos distintos, pode apresentar diferentes nuances e usos, seja em eventos de nível global como a Cúpula Mundial da Sociedade da Informação e o Fórum Social Mundial, ou em posições de movimentos sociais, empresários, gestores públicos (Ó SIOCHRÚ, 2005).

Para o Intervozes (2010a), organização que trabalha pela efetivação do direito humano à comunicação no Brasil, defender a liberdade de expressão de cada indivíduo não é suficiente para diminuir as desigualdades no poder de fala das pessoas. No entanto, eles acreditam que a maior parte dos componentes do direito à comunicação poderia ser protegida se houvesse uma compreensão mais ampla dos conceitos de liberdade de expressão e direito à informação.

Na prática, o direito à comunicação requer que sejam criadas, de fato, as condições necessárias para um ciclo positivo de comunicação, que envolve um processo não apenas de busca, recepção e transmissão de informações, mas também de escuta, compreensão, aprendizagem, criação e resposta – o que passa por medidas que assegurem a diversidade da propriedade e dos conteúdos dos meios de comunicação, indo além da liberdade de expressão como direito individual (INTERVOZES, 2010a, p. 23).

¹⁶ Trabalha pelo acesso à informação, liberdade de imprensa e liberdade de expressão, com atividades no Brasil. <<http://artigo19.org>>

¹⁷ É o porta-voz da campanha para os Direitos a Comunicação na Sociedade da Informação (CRIS). É consultor, escritor e defensor em assuntos de mídia e tecnologias de informação e comunicação.

¹⁸ Tradução livre

Nas sociedades contemporâneas, temos que levar em conta a forte presença dos meios de comunicação de massa e das tecnologias de informação na mediação das relações sociais e culturais. “Como grande arena em que os projetos de sociedade são disputados, os meios de comunicação devem ser sempre um espaço plural e diverso, nunca restrito a interesses privados ou de governo” (INTERVOZES, 2010a, p. 27).

No caso do Brasil, é desigual o acesso à possibilidade de expressão nos meios de comunicação de massa, ficando aos detentores do poder político e econômico a garantia de expor amplamente suas ideias e convicções em empresas privadas de radiodifusão, embora estas sejam concessões públicas¹⁹. Por isso, podemos pensar o direito à comunicação como direito coletivo e pilar da democracia ao buscar a garantia da pluralidade de opiniões.

A discussão do direito à comunicação centra-se principalmente nos problemas que afetam o espaço midiático brasileiro, que se caracteriza pela concentração de meios de comunicação nas mãos de poucos proprietários e a barganha política na emissão de concessões. As vinculações políticas, sociais, econômicas e culturais no processo histórico dos meios de comunicação no Brasil influenciam o modo como essas questões são apresentadas para a sociedade e, conseqüentemente, o entendimento desses direitos pelos cidadãos. A discussão em torno do tema tende a enfatizar as questões sobre a democratização dos meios de comunicação de massa, o que é fundamental para a pluralidade e diversidade de pensamentos e opiniões, mas também existem outras alternativas para se avançar em conquistas nesse âmbito.

O escopo do direito à comunicação que se pretende abordar nesta pesquisa está na garantia de espaços de escuta de usuários na avaliação dos serviços de saúde e participação dos cidadãos na construção e acompanhamento de políticas públicas de saúde, aqui levantadas no contexto específico das práticas de comunicação na linha de cuidado do câncer de colo de útero. Dessa forma, o significado de direito à comunicação está no direito de todas as pessoas serem ouvidas e consideradas, de que suas ideias sejam igualmente expressas, de ter acesso equitativo a tecnologias da informação e da comunicação, de ter garantia de espaços e oportunidades para a participação popular na formulação, definição, acompanhamento e avaliação de políticas públicas (INTERVOZES, 2010a).

¹⁹ As rádios e TVs são concessões públicas controladas pelo Estado, devido aos espectros eletromagnéticos serem limitados. Nas políticas públicas de comunicação no Brasil, os critérios utilizados para a concessão ou renovação de concessões não é aberto ou democrático e as emissoras acabam servindo a interesses privados (LIMA, 2011).

2.3 INTEGRALIDADE NO DIREITO À SAÚDE E À COMUNICAÇÃO NO SUS

O direito à saúde é reconhecido como direito humano fundamental internacionalmente e é preciso entendê-lo como prática social inerente à condição humana e fundamental para o exercício de outros direitos (PINHEIRO *et al.*, 2005). No Brasil, a noção de saúde como um direito e a proposta de construção de um sistema de saúde universal fizeram parte das reivindicações do Movimento de Reforma Sanitária na década de 70 e 80 e ganharam visibilidade nos discursos da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. Nesse contexto é definida a garantia pelo Estado “de condições dignas de vida e acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde (...) levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade” (BRASIL, 1986 p.4), considerando o conceito ampliado de saúde, que “é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde” (BRASIL, 1986, p.4).

A política de saúde brasileira ganha institucionalização jurídico-normativa pela Constituição Federal, em 1988, e definição organizativa com a Lei 8.080/90 (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990a), que criou o Sistema Único de Saúde com princípios doutrinários e operacionais de universalidade, equidade, integralidade, descentralização e participação. Apesar da construção do SUS afirmar o direito como caminho para repensar a organização dos serviços de saúde, a concepção que sobressai quando a oferta de serviços é oferecida de forma desigual para a população é associada a um privilégio e não como um direito de cidadania (PINHEIRO *et al.*, 2005).

Uma questão a ser considerada sobre o direito à saúde é que não basta que ele esteja expresso e garantido na letra da lei, mas é preciso que ele exista de fato no cotidiano dos serviços de saúde para a população. As avaliações estritamente normativas não conseguem contemplar essa dimensão do direito vivo, que se configura na resolubilidade da necessidade do usuário do SUS. Para isso, as análises precisam incorporar meios de apreender os significados e sentidos que os profissionais nas instituições dão às suas práticas, pois elas configuram os “avanços e obstáculos na afirmação do direito à saúde como um direito humano” (PINHEIRO, 2010, p. 25).

Ao propor um deslocamento da perspectiva formalista do direito, espera-se superar a visão de um ideal que não se realiza no plano concreto para evidenciar um direito social vinculado à cidadania ativa. Seu exercício deve se dar em situações cotidianas e reais, pela autonomia dos sujeitos, em relações sociais e entre divergências que se traduzam em consensos relativos, de forma democrática (NOGUEIRA; PIRES, 2004). Nesse sentido, a noção de direito está ligada a uma forma de sociabilidade política mais ampla do que interesses ou demandas individuais. Sua garantia passa pela permeabilidade de instituições considerarem usuários e movimentos sociais como atores e sujeitos políticos e pela ampliação de espaços públicos fundamentados na democracia, que permitam que reivindicações sejam vocalizadas.

O desafio está em fazer com que as conquistas sociais se transformem em práticas concretas para a população. Tradicionalmente as políticas de saúde costumam se basear em modelos fixos, com normas rígidas e fluxos centralizados, elementos que contribuem para manter a concentração do poder institucional e a dominação simbólica baseada nos saberes técnicos/científicos, conservando as instituições afastadas de práticas democráticas. A possibilidade de mudanças requer inovação, criatividade e postura crítica para combinar forças técnicas, políticas e administrativas com as necessidades expressas pelos usuários nos seus contextos locais (PINHEIRO *et al.*, 2005). Em uma concepção axiológica, considerando princípios do SUS:

(...) o direito à saúde é ter acesso universal aos cuidados em saúde, com recursos necessários para provê-los, sendo oferecidos por serviços de qualidade, nos quais as práticas culturais sejam consideradas, e a educação e a informação sejam meios de sua produção e reprodução social (PINHEIRO *et al.*, 2005, p. 15)

A noção de integralidade²⁰ é um elemento constitutivo do direito à saúde, um princípio doutrinário do SUS e um dos fundamentos teóricos para pensar as práticas de cuidado e as perspectivas dos serviços de saúde. No livro “Cuidado: as fronteiras da integralidade”, Pinheiro e Guizardi (2006) trazem uma significativa contribuição epistemológica para estudos sobre práticas no campo da saúde coletiva, quando definem o “cuidado” como constructo genealógico de saberes e práticas de integralidade no cotidiano das demandas por atenção à saúde pela sociedade civil brasileira. Nesse sentido, a demanda surge como uma crítica às

²⁰ A definição legal e institucional de integralidade é o “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990a).

instituições, práticas e discursos em saúde, da qual a comunicação não escapa, porque cuidado como ação integral, como efeitos e repercussões de interações positivas entre usuários, profissionais e instituições, tem se traduzido em atitudes como tratamento digno e respeitoso com qualidade, acolhimento e vínculo (PINHEIRO; GUIZARDI, 2006, p. 21). Concebido como um termo plural, ético e democrático, as autoras enfatizam o dialogismo dos elementos constitutivos da integralidade como prática social, que no cotidiano resulta “do embate de muitas vozes sociais que quando eficaz produz efeitos de polifonia, ou seja, quando essas vozes se deixam escutar, traduzindo-se em respostas positivas por aqueles que demandam cuidado em saúde” (PINHEIRO; GUIZARDI, 2006, p. 22). Diante dessa compreensão com base nas vivências cotidianas dos serviços de saúde, a integralidade pode ser compreendida como “uma ação social que resulta da interação democrática entre os atores no cotidiano de suas práticas, na oferta do cuidado de saúde, nos diferentes níveis de atenção do sistema” (PINHEIRO, 2009, *online*).

A integralidade como ato em saúde está presente em iniciativas de serviços municipais/estaduais de saúde, a partir de bases construídas em valores fundamentados no exercício da solidariedade, na garantia da autonomia e liberdade de escolha do cuidado. Mais do que criar modelos idealizados que possam ser transmitidos passivamente, as experiências visam repensar e potencializar outras formas de trabalho, gestão e planejamento, que valorizem a construção de novos saberes e práticas em saúde, com desdobramentos na politização dos sujeitos em suas lutas e conquistas no presente. A produção de uma cidadania do cuidado como finalidade da integralidade em saúde se dá no modo de atuar democrático, um compromisso ético-político alicerçado em relações de sinceridade, responsabilidade e confiança entre gestores, profissionais e usuários. Entende-se o sujeito como ser real, que produz sua história e faz escolhas conscientes, respeitando saberes particulares e diferenciados, que muitas vezes são silenciados e desqualificados (PINHEIRO, 2009).

A dimensão da integralidade que deve permear o cotidiano das práticas de saúde é o cuidado, que pode ser traduzido em atitudes como tratamento digno e respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo, não se restringindo apenas ao cumprimento de tarefas técnicas. O cuidado inclui o envolvimento, a escuta do sujeito, respeito pelo seu sofrimento e história de vida, abrindo espaço para a inclusão dos saberes, dos desejos, das diferenças dos sujeitos e suas necessidades específicas (PINHEIRO *et al.*, 2008). A demanda por cuidado é a base de observação da integralidade em saúde no cotidiano dos usuários, em suas experiências

de adoecimento. “O cuidado como valor é uma categoria que enfatiza o diálogo, a reflexão e a crítica responsável” (PINHEIRO, 2010, p.19-20).

O processo democrático que busca justiça nas ações cotidianas com base no diálogo entre atores sociais é chamado “integralidade em movimento” por Asensi (2011). Um caminho promissor na efetivação dos direitos sociais está no “reconhecimento do diálogo como estratégia privilegiada de resolução de conflitos e ampliação dos direitos” (ASENSI, 2011. p.83-84). Para isso, deve ser estimulada a criação de espaços públicos de participação nos serviços de saúde e nas instituições jurídicas, onde diferentes vozes alcançam um consenso pelo diálogo.

O reconhecimento de demandas na construção do direito à saúde e a compreensão das necessidades dos usuários são questões que passam pelas práticas de comunicação. As demandas são solicitações dirigidas aos serviços de saúde no sentido do direito, na garantia de acesso ao serviço, medicamentos e procedimentos. A demanda produz o sujeito social da saúde, portador da crítica ao instituído, que exerce a cidadania e afirmação dos direitos. Se as demandas não forem escutadas, as necessidades também não terão dialogicidade, pois essas devem ser construções compartilhadas, com diálogo entre saberes técnicos e populares. A compreensão das necessidades requer capacidade de escuta, respeito à diversidade humana, cultural, social, compreensão de saúde e doença, construção de mudanças de caminhos clínicos.

De uma forma geral, as instituições organizam as práticas de saúde centradas nos profissionais e equipes, com processos de trabalho marcados pela fragmentação, muitas vezes reduzindo as demandas aos modos de responder exclusivamente às necessidades elegidas pelas políticas públicas. Dessa forma, apresentam dificuldades em perceber as necessidades desiguais e, conseqüentemente, as demandas na perspectiva do direito. As práticas de integralidade impõem outro fazer à gestão do trabalho em saúde ao pensar as relações cotidianas como encontros entre valores, crenças, experiências de vida, local de construção das necessidades, diversidade de vozes que enunciam demandas e negociações de pontos de vista. Essas interações contemplam uma relação dialógica entre demandas e necessidades, tendo o usuário como foco. O desafio está em tornar o olhar centrado no usuário como parte das práticas institucionais, concebendo aspectos subjetivos no trabalho em saúde, além dos objetivos. A potência inovadora nas práticas de integralidade está na escuta ativa das demandas e no reconhecimento da legitimidade dos usuários, que contemplam também a visibilidade de conflitos e contradições inerentes ao agir político. (PINHEIRO *et al.*, 2005).

Na concepção de integralidade à saúde, é especialmente o modelo comunicacional que precisa ser revertido, e não o tecnoassistencial, segundo Teixeira (2007), pois o que precisa ser mudado está no processo de integração do outro e na relação de poder entre profissionais e usuários. O autor considera o problema mais relacionado ao modelo de atenção do que exatamente ao acesso a unidades e procedimentos. A apartação entre os saberes técnico-científico e popular compromete a razão de ser dos serviços assistenciais e gera tensionamentos nas práticas concretas do cotidiano dos serviços. Entre as múltiplas rupturas existentes nas especificidades dos serviços públicos, a cisão eu-outro precisa ser superada para compor uma visão integral na saúde.

A reflexão sobre a integralidade em saúde pode contribuir para aproximar as práticas de comunicação e informação com os princípios do SUS ao dar destaque à escuta do outro, aos desejos e necessidades de diferentes atores, à abertura de espaços de conversação e à multiplicidade de sentidos que as palavras e os gestos adquirem conforme a compreensão, situação ou contexto. Entre os vários sentidos do conceito, comunicação e informação se conjugam quando a integralidade é “concebida como concepções renovadoras de sentidos, significados e vozes de sujeitos, identidades e lutas numa dada sociedade e num determinado momento histórico” (PINHEIRO *et al.*, 2005. p. 20).

Integralidade e comunicação se encontram, ainda, na compreensão de que os sentidos da saúde não se constituem de modo fragmentado ou estanque, mas na articulação de práticas, saberes, memórias, expectativas, lugares de fala, constituintes das e constituídos pelas vozes que emanam das instituições e da população (ARAÚJO; CARDOSO, 2005, p.241).

Ao focar a comunicação no SUS em uma dimensão dialógica é preciso situar a questão da participação social. As conferências de saúde e os conselhos de saúde são as principais instâncias de participação no SUS. A primeira conferência nacional aconteceu em 1941 e a 8ª Conferência, ocorrida em 1986, foi um marco histórico na proposição de mudanças na organização do sistema de saúde brasileiro, trazendo ideias do movimento de Reforma Sanitária. As ideias de participação da sociedade na perspectiva do controle social foi um dos eixos dos debates 8ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1986), que influenciaram a oficialização das conferências e os conselhos de saúde pelas leis que instituíram o SUS (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b).

As conferências de saúde são instâncias colegiadas com representantes de vários segmentos sociais, são realizadas nos âmbitos municipal, estadual e nacional²¹ e visam orientar os governos na elaboração dos planos de saúde e na definição de ações prioritárias, além de propor diretrizes para a formulação de políticas de saúde. Os conselhos de saúde possuem caráter permanente e deliberativo nas instâncias municipal, estadual e federal, em reuniões com periodicidade mensal, conforme convocação. Eles atuam na formulação de estratégias e controle na execução das políticas públicas, contam com representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais e usuários, sendo estes últimos a metade dos representantes. (SERAPIONI; ROMANI, 2006; CORREIA, 2009).

Durante o processo de consolidação do SUS, o conceito de participação foi se transformando, influenciado pela orientação dos projetos políticos. A participação era vista na VIII Conferência Nacional de Saúde como uma estratégia de fortalecimento da cidadania e construção do direito à saúde, com ênfase na mobilização para o acesso da população às decisões de políticas de saúde. Nos anos seguintes, se fortalece a noção de controle externo sobre a política de saúde a partir dos espaços institucionalizados – conferências e conselhos de saúde – visando à fiscalização e acompanhamento da implementação do SUS. Em uma transição, participação “deixa de ser percebida como mecanismo de constituição e definição das políticas, sendo reorientada pela perspectiva de conferir transparência à ação de governo” (GUIZARDI; PINHEIRO; MACHADO, 2005, p. 228).

Atualmente, para uma real democratização das políticas públicas de saúde, Guizardi *et al.* (2005) sugerem retomar o sentido de participação. A compreensão pode avançar para além dos canais instituídos e formalizados, para uma construção coletiva em espaços públicos próximos ao cotidiano dos serviços de saúde, com garantia do diálogo na confrontação entre diversos sujeitos, para que as demandas sejam problematizadas, ressignificadas e pactuadas, se efetivando em ações governamentais.

Embora os conselhos e conferências de saúde contemplem a participação da sociedade, eles também são espaços de disputas de prioridades e formas de operacionalização das questões de saúde. A cultura política e institucional de cada local interfere na forma como se dá a inclusão dos usuários nas decisões (PINHEIRO *et al.*, 2005). Devem-se levar em consideração as formas historicamente autoritárias e clientelistas de gestão no Brasil, não sendo possível desprezar as tentativas de manipulação de movimentos sociais e população

²¹ As conferências têm periodicidade de quatro anos, estabelecida pela Lei 8142/1990 (BRASIL, 1990b).

para a legitimação de espaços de poder. Se as conferências e conselhos de saúde forem os únicos lugares de participação e controle social, “corremos o risco de criar mecanismos que ampliam o controle do governo sobre a população e não o controle social das políticas de governo” (HECKERT, 2005, *online*).

O ordenador da agenda e prioridades dos conselhos de saúde habitualmente é o Estado, havendo predominância de uso do discurso técnico-científico, o que contribui para o cerceamento das vozes dos usuários nesse âmbito de participação. Ao invés de buscar habilitar os representantes de usuários para o manejo de questões científicas e administrativas, pode-se dar legitimidade a discursos que trazem outros saberes, afirmar a participação a partir de experiências da realidade social e a contribuição de sujeitos políticos em diferentes sentidos. “Frequentemente esses jogos de força impedem que os serviços dialoguem com a experiência e com os desejos dos sujeitos neles implicados, revelando-se pouco porosos à produção de novas possibilidades de viver e afirmar a saúde” (GUIZARDI; PINHEIRO; MACHADO, 2005, p. 235).

A população, muitas vezes, por desconhecer os mecanismos institucionais existentes, nem sempre se julga capaz de participar da construção de políticas de saúde. Para Guizardi *et al.* (2005), a participação deveria se efetivar no diálogo com diversas vozes, na construção de sentidos entre as diferenças e não se esgotar nos espaços institucionais destinados ao controle social do SUS. Entre os desafios para efetivar essa construção democrática está a busca por produção de conhecimentos a partir da construção de diálogo *com* as experiências e não *sobre* elas (grifos dos autores).

Fazer avançar a construção de cidadania e o espírito democrático nos espaços micro políticos dos serviços públicos de saúde também é considerado um desafio para Teixeira (2007), pois o desenvolvimento tecnocientífico na biomedicina cria tensionamentos que transparecem na dificuldade de lidar com a alteridade. A ampliação dos serviços de saúde e a participação da população nos contextos técnicos exigem novas posturas de técnicos, gestores, pesquisadores, profissionais na criação de condições para o reconhecimento de experiências que ampliam a participação das pessoas, a partir do modo como essa existência se dá.

O processo de controle público ou social, para Valdir Oliveira (2004), não pode ser separado da dimensão comunicativa. Nenhuma práxis política pode ser desenvolvida alheia às práticas discursivas, que ocorrem em um contexto social onde os sujeitos têm poder diferenciado nos atos comunicativos. Na saúde pública, concentra-se no gestor, detentor de maior poder material e simbólico, o polo irradiador da informação e responsável pela

organização da comunicação. A comunicação e a informação, nesse contexto, tendem a enfatizar técnicas prescritivas e convocatórias para a mobilização de determinados segmentos sociais no atendimento ou resposta às ações do discurso institucional.

A prática da participação popular observada no SUS através dos conselhos de saúde é atravessada pela tensão existente entre duas perspectivas: uma dimensão informacional, cujo objetivo principal é o de eliminar os ruídos e manter ou reproduzir uma determinada ordem de poder, e outra comunicacional, que embora possa estar atrofiada, estimula as negociações dos sentidos e questionamento das normas, segundo Oliveira (2004). O polo institucionalizado e detentor do discurso competente se baseia em um modelo funcionalista e instrumental que tende a reduzir os sentidos comunicacionais e informacionais e o polo que representa os segmentos populares busca a expansão desses mesmos sentidos a partir de uma prática dialógica que incorpora a alteridade.

(...) as dificuldades e a complexidade que se apresentam para se estabelecer políticas de comunicação e informação na perspectiva dialógica e democrática não devem servir para invocar o modelo instrumental de comunicação e de informação. Esse modelo reconhece, de forma peculiar, as diferenças e as diversidades simbólicas e sociais nas arenas públicas dos conselhos, mas dá como resposta a constituição de fluxos verticais de informações cuja preocupação nunca ultrapassa a da simples adequação dos conteúdos informacionais ao universo cognitivo da maioria dos participantes (OLIVEIRA, 2004, p. 68).

Dessa forma, não basta constatar a importância da comunicação e da informação para o exercício democrático do controle social e da participação popular no SUS. Os núcleos formadores das políticas públicas precisam repensar os processos e recursos de comunicação e informação que influenciam diretamente em uma inclusão social reflexiva e democrática.

As concepções sobre comunicação no SUS variam ao longo dos anos, com aproximações e afastamentos da noção de direito à saúde em diferentes momentos, como pode ser observado a partir das discussões realizadas em várias conferências nacionais de saúde. A comunicação tem sido abordada como estratégica, com variações na associação com educação, educação popular em saúde, informática, informação e controle social. Não existe uma política pública específica para a área, apesar de indicativos e recomendações feitas nesses fóruns democráticos.

Desde o início do movimento político da Reforma Sanitária, a comunicação e a informação foram consideradas como mecanismos para a garantia dos direitos humanos. Há

uma tendência a considerar que o direito humano à saúde passa pela linguagem, compreensão e construção de sentidos para a realidade vivida.

Na 8ª CNS uma primeira formulação já indicava a educação, comunicação e informação como pré-requisitos da cidadania e do direito à saúde, abrindo espaços para outras articulações, tanto do ponto de vista da necessidade de maior integração entre as políticas sociais, como de uma participação mais efetiva dos cidadãos em sua formulação e implantação (CARDOSO, 2000, p. 7).

A abordagem que havia sido genericamente discutida na 8ª Conferência Nacional de Saúde, sob o tema *Direito à liberdade, à livre organização e expressão* foi ampliada na 9ª Conferência, segundo Oliveira Neto (2010), com o tema “Informação, controle dos serviços e ações de saúde, participação na gestão, liberdade de expressão e organização”. A comunicação e informação foram discutidas durante a 9ª Conferência, em 1992, sob a ótica da democratização das instituições públicas e da participação popular, ampliando o tema do controle social. Os conselhos de saúde reivindicavam acesso a informações mais abrangentes e aprofundadas sobre as realidades locais, além de propor a criação de centrais de atendimento ao usuário e informativos sobre o funcionamento dos Conselhos de Saúde.

Realizada em 1996, a 10ª CNS trouxe propostas ambiciosas para a comunicação e a informação, visando à aplicação dos direitos nas práticas dos serviços. Entre essas propostas, está a fixação de prazos para a implantação de uma política que contemplasse a criação de centros de documentação, informação, comunicação e educação acessível a usuários, trabalhadores, gestores e conselheiros nos sistemas de saúde de abrangência local à nacional; implantação do Sistema Nacional de Informações em Saúde e criação de polos de comunicação social articulados à Política de Educação em Saúde em municípios estratégicos (OLIVEIRA NETO, 2010). A Conferência também explicita o apoio à democratização dos meios de comunicação e aponta a necessidade de criação de fóruns permanentes e articulações com entidades para defesa da cidadania, além da criação de ouvidorias, serviços disquedência e estratégias para divulgar ações e direitos constitucionais (CARDOSO, 2000).

Na 11ª Conferência, realizada em 2000, defende-se como caminho para a democratização o uso de diversos meios de comunicação, entre eles, as rádios comunitárias. É enfatizada a criação de uma Rede Pública Nacional de Comunicação em Saúde incluindo as diferentes mídias para ampliar a comunicação entre governo e sociedade. Também é discutida a formulação de políticas nacionais para regulamentar e avaliar o projeto do Ministério da Saúde que articulava Informação, Educação e Comunicação - IEC (OLIVEIRA NETO, 2010).

Houve um maior destaque do campo, uma melhor articulação e qualidade das propostas nas 11^a e 12^a Conferências, que ressaltaram a importância estratégica das ações de comunicação e informação para ampliar participação e o controle social nas políticas públicas de saúde.

Comunicação e Informação em Saúde foi um dos dez eixos temáticos da 12^a CNS, em 2003, quando a discussão e as proposições incluíram as áreas da informação e informática, educação e educação popular em saúde (OLIVEIRA, 2004). O encontro discutiu a necessidade de implementação de uma política de informação, comunicação e informática para o SUS visando o controle social, sendo o Conselho Nacional de Saúde a instância para dar visibilidade a essas ações integradas. Outra questão levantada foi a centralidade das políticas e estratégias de comunicação e informação como meios de promover mudanças nos modelos institucionais de gestão, tanto no Brasil como no cenário mundial (SILVA; CRUZ; MELO, 2007, p. 687). Na 12^a CNS foi recomendada a realização da I Conferência Nacional de Comunicação e Educação Popular em Saúde (ARAÚJO; CARDOSO, 2007), que não se concretizou, sendo algumas reivindicações abordadas no Seminário Nacional de Comunicação, Informação e Informática em Saúde, ocorrido em 2005. O Seminário foi promovido pelo Conselho Nacional de Saúde para discutir o Pacto pela Democratização e Qualidade da Comunicação e Informação em Saúde, visando fortalecer o exercício do controle social (SILVA; CRUZ; MELO, 2007, p. 687).

A comunicação não teve uma ênfase específica na 13^a CNS, realizada em 2007, sendo abordada nos três eixos temáticos transversalmente. As propostas apresentadas para a área trataram principalmente sobre divulgação de ações, políticas, diretrizes, experiências exitosas e direitos dos usuários do SUS, com propostas de circulação dessas informações por meios variados, mas especialmente pelos meios de comunicação de massa. Também ganharam visibilidade a proibição e fiscalização de propaganda de medicamentos e ações para o fortalecimento da comunicação nos conselhos de saúde. Novamente foi aprovada uma recomendação para que o Conselho Nacional de Saúde convocasse a conferência temática sobre Comunicação, Informação e Informática, que não ocorreu nos anos seguintes (BRASIL, 2008b).

A construção de uma política de informação e comunicação que assegure a gestão participativa foi o tema de uma diretriz debatida pela 14^a CNS, ocorrida em 2011, onde 15 propostas na área foram aprovadas. Entre as propostas estão a construção de um plano estratégico de comunicação, a partir de contribuições de municípios e estados e a criação, pelo Ministério da Saúde, de canais específicos para saúde (rádio, televisão e outros meios). A

informação se sobressaiu, em itens que versaram sobre aprimoramento e integração de sistemas de informação, necessidade de recursos para informatizar os serviços e garantir conectividade em todos os municípios (internet e telefone), implementação definitiva do Cartão SUS com desenvolvimento de prontuário nacional, ampliação de programas de educação à distância, telessaúde e telemedicina. Mantiveram visibilidade as propostas de restrição de propagandas de bebidas alcoólicas e medicamentos e a divulgação midiática das ações, programas, serviços, controle social, funcionamento do SUS, direitos e deveres dos usuários (BRASIL, 2012a).

As conferências nacionais de saúde apresentam um panorama de como a compreensão sobre comunicação na saúde vem sendo apresentada nos últimos 25 anos, com destaque ou silenciamento de questões, movimentos de aproximação e afastamento com áreas afins, que podem fornecer pistas sobre os lugares de interlocução e as disputas de poderes e saberes em determinadas épocas. A comunicação, que em 1986 estava literalmente associada à garantia do direito à saúde, parece ter se distanciado dessa compreensão ao longo dos anos, ganhando mais visibilidade as propostas que trazem tecnologias para divulgação de ações e serviços e garantia de conectividade, inclusive quando relacionadas ao controle social. A discussão sobre criação de políticas públicas para a área, sugeridas algumas vezes, até hoje não foram efetivadas.

Percebe-se um paradoxo entre princípios e práticas no SUS. Enquanto os primeiros apontam a participação democrática, apoio ao controle social e descentralização de ações, a comunicação institucional do Ministério da Saúde e das secretarias municipais e estaduais trabalham com a centralização das decisões e da produção em comunicação. As ações institucionais são fortemente influenciadas por modelos de campanhas, produzidas por agências de publicidade contratadas, definidas de forma centralizada pelo Ministério da Saúde e com materiais distribuídos verticalmente para estados e municípios. As concepções e práticas de comunicação no cotidiano são predominantemente transferenciais, com o objetivo de disseminar informações à população sobre os procedimentos a serem adotados. A ação prioritária é produção de materiais informativos, mas não há uma preocupação evidente com a realidade e contextos de vida da população destinatária (ARAÚJO; CARDOSO; MURTINHO, 2009).

No âmbito do direito à informação, atualmente, existe a possibilidade de acesso às realidades locais, seja por sistemas de informação de base nacional, publicações técnicas, boletins ou sites de instituições e entidades. As organizações públicas de saúde atuam com a

perspectiva de transparência das ações e a tendência é de melhoria na qualidade dos dados. No entanto, o manejo e a compreensão de algumas informações ainda é bastante complexo para a população em geral. A criação de serviços de atendimento ao cidadão, ouvidoria e disque-denúncia, necessários após a promulgação da Lei de Acesso à Informação, passam a garantir instrumentos de interlocução com a população, existentes também via comunicação eletrônica, correio eletrônico e redes digitais. A criação desses canais podem e devem melhorar o acesso à informação, mas não necessariamente garantem para o cidadão o direito ao poder de comunicar. O acesso à informação também é um direito dos pacientes e usuários do SUS garantido e regulamentado pelo Ministério da Saúde e por códigos de ética profissional. Os gestores ou profissionais podem sofrer punição caso não haja esclarecimentos sobre a situação de saúde, tratamentos sugeridos e oferta de serviços para os usuários (DYTZ, 2004).

As diretrizes do SUS permitem uma aproximação de iniciativas no âmbito do direito à comunicação como a descentralização das ações e serviços com propostas transversais e regionalizadas e a criação de espaços e instâncias que incentivam a participação da sociedade. Mas muito ainda se pode avançar na democratização das instituições públicas em termos de participação popular e controle social, que não podem ser dissociados dos processos de comunicação.

2.4 COMUNICAÇÃO NO CONTROLE DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO

Na análise documental realizada nesta pesquisa, interessa-nos identificar mais especificamente os aspectos relacionados à comunicação nas políticas públicas do controle do câncer de colo de útero. As normativas, diretrizes e ações estabelecidas na atualidade e em seu desenvolvimento histórico nos permitem conhecer conceitos e práticas utilizadas.

As estratégias para a prevenção do câncer do colo do útero surgiram de forma mais organizada, no Brasil, com o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1984. Um ano antes, o Programa começa a ser concebido, resultado da articulação entre interesses, saberes e práticas do movimento sanitário e do movimento feminista. A saúde da mulher nas políticas públicas até então era voltada para os cuidados na gravidez e puerpério e a visão da mulher como mãe era enfatizada (D'OLIVEIRA, 1999; MEDEIROS, GUARESCHI, 2009; RIBEIRO *et al.*, 2011).

Na década de 70, o planejamento familiar era tema controverso no debate populacional vigente, cujas posições variavam entre o viés do controle da natalidade, especialmente em países mais pobres, e o viés natalista, que visava promover políticas desenvolvimentistas com o povoamento de territórios (ALVES, 2004). No início dos anos 80, o movimento feminista no Brasil, influenciado pelas experiências internacionais, traz a noção de direitos reprodutivos como condição de cidadania, exigindo uma atenção mais ampla à saúde reprodutiva, a partir da compreensão da mulher como sujeito ativo no cuidado de sua saúde (D'OLIVEIRA, 1999).

Esse foi um marco nas políticas públicas, que trouxe a reivindicação de um novo modo de pensar e agir sobre a saúde da mulher, pautando a integralidade na percepção delas como sujeito de direitos e uma totalidade, que não restringia a mulher à dimensão procriativa. “Pela primeira vez um programa dirigido às mulheres tinha as próprias mulheres organizadas como interlocutoras privilegiadas, interferindo no seu planejamento, implantação e fiscalização” (D'OLIVEIRA, 1999, p. 109). O Programa teve como marca diferencial a intenção de politizar as relações de poder existentes nos serviços de saúde, ao reivindicar a democratização do saber médico e a consideração do saber das mulheres.

A contribuição do movimento feminista foi especialmente visível na dimensão educativa, presente internamente no conjunto de documentos oficiais, de normas e manuais em questões de autocuidado, inclusão, vínculo, mas principalmente no extenso material educativo considerado transformador por D'Oliveira (1999), que visava um impacto para além do controle clínico. Apesar das propostas inovadoras, havia contradições entre as lógicas da Reforma Sanitária, que se baseava na legitimidade do conhecimento técnico-científico, e do movimento feminista, que visava renovar as relações de poder, com questionamentos à hierarquia dos serviços de saúde, ao saber médico e estímulo ao autoconhecimento como forma de emancipação. As propostas educativas sofreram transformações ao serem incorporadas institucionalmente e enfrentaram vários obstáculos, gerando dúvidas e desilusões sobre a implementação do Programa no final da década de 1980. As questões ético-políticas trazidas pelo PAISM, no entanto, continuam a instigar reflexões sobre a elaboração de políticas públicas em saúde.

As bases da política pública atual foram construídas entre 1996 e 1997, quando foi realizado um projeto piloto chamado Viva Mulher, aplicado inicialmente em seis cidades. Desde o início, as ações de informação e a comunicação estavam presentes. As informações em saúde serviram de base para criação, monitoramento e avaliação do projeto em âmbito

local e central, apoiando-se em bases de dados nacionais, pesquisas e estimativas para atestar a necessidade de implantação do Programa (MORAES, 1997; BRASIL, 2002). Na época, a comunicação era considerada uma estratégia para alcançar a adesão das mulheres, tanto quanto a educação para profissionais, lideranças comunitárias e voluntários.

Entre 1998 e 1999, o Viva Mulher foi expandido, passando a se chamar Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e Mama. Houve fases de intensificação e consolidação das ações, buscando ampliar a estratégia para todo o país. Nesse segundo momento, o Programa ampliou consideravelmente a oferta de exames citopatológicos (RIBEIRO *et al.*, 2011). Aproximadamente, três milhões de mulheres entre 35 a 49 anos foram mobilizadas para fazer o exame preventivo (BRASIL, 2002; BRASIL, 2011b).

A partir de 2000, o Ministério da Saúde expande o projeto denominado o Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo de Útero e lança uma campanha nacional. As ações foram estabelecidas em diretrizes produzidas pelo Instituto Nacional do Câncer – Inca, oferecendo serviços de prevenção, detecção precoce, tratamento e reabilitação em ação conjunta com estados e municípios e tendo como meta a redução da mortalidade em mulheres no Brasil (BRASIL, 2011c).

A comunicação é considerada uma importante estratégia na condução das políticas públicas de controle do câncer de colo de útero, especialmente no que diz respeito ao estímulo à adesão de mulheres e profissionais de saúde ao programa. O programa mudou ao longo dos anos e a abordagem dessa área também. Entre as estratégias de comunicação destacadas no final dos anos 90, estavam as parcerias com diferentes entidades - sociedades médicas de diferentes especialidades, Associação Brasileira de Enfermagem, Forças Armadas - e organizações não governamentais que pudessem ofertar serviços, dar subsídio técnico, promover a formação de pessoal, viabilizar transporte ou fazer articulação com a sociedade (BRASIL, 1999).

As Organizações não Governamentais, atuantes no movimento organizado de mulheres, constituíram-se em parceiras extremamente importantes no processo de divulgação, sensibilização e educação, realizando 5 Seminários Regionais²² e promovendo 22 oficinas para a formação de promotoras da prevenção.

É importante salientar que produziram as carteiras das mulheres e elaboraram, produziram e distribuíram nos encontros Regionais, material educativo na forma de vídeo, manual, e fita cassete, para difusão da informação (BRASIL, 1999, p. 4).

²² Seminários da Rede Feminina - "Prevenção: caminho para saúde" (BRASIL, 1999, p.8)

Como resultado dessa ação, avaliou-se que houve conscientização da população quanto à necessidade de tornar a prevenção uma rotina na vida da mulher, por meio de trabalhos desenvolvidos por diversas ONGs e a Assessoria de Comunicação Social do Ministério da Saúde (BRASIL, 1999). Após a campanha foi feita uma pesquisa sobre a memorização da ação de comunicação social com 600 mulheres. Como resultados apresentados, 95% das entrevistadas referiram ter visto, lido ou ouvido algo sobre o câncer do colo do útero e os meios de comunicação mais lembrados foram a televisão e o rádio. Para estimular as mulheres a buscar os resultados dos exames nas unidades, foram produzidos *spots* de rádio, que foi considerado como o meio mais utilizado no recrutamento por 42% dos municípios, seguido dos materiais impressos com 21,7%, de acordo com outra pesquisa realizada em 1999 pelo Disque Saúde (BRASIL, 2002).

O Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero – SISCOLO foi desenvolvido em 1999 a partir de uma parceria entre o Inca e o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde - Datasus. Suas origens reportam ao projeto piloto, quando foi desenvolvido um sistema para a avaliação dos dados epidemiológicos. O sistema é não só uma ferramenta para avaliação das ações do programa como também um gerenciador, planejado para ser implantado nas coordenações ou gerências estaduais, regionais e municipais e em laboratórios vinculados ao SUS (REDE CÂNCER, 2011). O sistema tem recebido ajustes e atualizações ao longo dos anos, estando atualmente em processo de migração para um sistema que agrupa os dados de controle do câncer de colo e mama, chamado Sistema de Informação do Câncer - SISCAN.

Os dados gerados pelo sistema permitem avaliar a cobertura da população-alvo, a qualidade dos exames, a prevalência das lesões precursoras, a situação do seguimento das mulheres com exames alterados, dentre outras informações relevantes ao acompanhamento e melhoria das ações de rastreamento, diagnóstico e tratamento (BRASIL, 2011b, *online*).

Em 2001, as ações de controle do câncer do colo do útero contemplaram as áreas de comunicação, informação e educação, com a produção de materiais educativos para profissionais de saúde, materiais de divulgação e sensibilização para a população e uma página na internet que, ao final do ano, virou um portal para disseminação de informações entre as coordenações do Programa no país (BRASIL, 2002; BRASIL, 2011c; REDE CÂNCER, 2011). O fortalecimento dessas ações deveu-se às avaliações das estratégias, realizadas com a participação de entidades parceiras. É interessante notar que nos documentos

oficiais é utilizada a denominação de “intensificação das ações”, sendo considerado para a análise o nome “campanha”, utilizado principalmente na apresentação dos dados epidemiológicos e das estratégias utilizadas.

Em 2001, iniciou-se a elaboração da segunda fase do Programa, após uma avaliação que contou com várias críticas, inclusive do movimento de mulheres, em razão de fatores como a desorganização das campanhas educativas, e a falta de articulação entre o Inca e a Coordenação de DST/Aids no que se refere à incidência do câncer cervical HPV e o HIV/Aids (VENTURA, 2011, p. 332).

Entre as estratégias da Campanha 2002, no que se refere à informação e comunicação pode-se destacar a articulação de uma rede de comunicação com mulheres, através de parcerias com ONGs, movimento de mulheres e canais comunitários, utilizando instrumentos de comunicação direta com a mulher (BRASIL, 2002). Entre as ações realizadas estão a produção de material de divulgação (agenda para mulher, folheto mobilização, cartão lembrete com data do resultado do exame, cartaz, *outdoor*, filme de 60”, *spot* de rádio) e balanço parcial da campanha. Ampliar o acesso aos serviços passou a ser uma prioridade a partir de 2005.

Após 10 anos de existência do Programa, a redução da incidência nas capitais brasileiras foi estimada. De acordo com a Estimativa de Incidência de Câncer no Brasil para 2008, houve uma estabilização na curva de incidência do câncer do colo do útero na população (REDE CÂNCER, 2011). No plano de ação para redução da incidência e mortalidade por câncer do colo do útero de 2010 um verbo bastante utilizado foi “fortalecer”. Nas parcerias com entidades, ressalta-se a articulação com redes de conhecimento em universidades e grupos de pesquisa, com intenção de fortalecer as políticas de pesquisa, com foco em avaliações do programa (BRASIL, 2010).

Em 2011, foi elaborado um novo plano de ação e lançadas as Diretrizes Brasileiras para o rastreamento do Câncer de Colo de Útero, que estão vigentes até 2015, mas em processo de revisão. Houve uma ampliação da faixa etária para realização dos exames preventivos, de 25 a 64 anos. O direito à informação é considerado uma prioridade das diretrizes, sendo os serviços de saúde no território os garantidores do acesso a informações claras, consistentes e culturalmente apropriadas à população. Outras prioridades do documento foram a redução das barreiras de acesso aos serviços de saúde, a promoção de ações intersetoriais para qualificar o SUS e aumentar escolaridade e renda da população.

As ações de controle contemplam a Promoção da Saúde (com acesso à informação); Prevenção (especialmente ligada ao HPV, considerado o maior fator de risco associado); Detecção Precoce (estratégias de diagnóstico precoce e rastreamento) e o Tratamento (seja no seguimento das mulheres pela atenção especializada ou em cuidados paliativos). Entre os aspectos necessários para avanços no controle estão a criação de estratégias para maior adesão das mulheres ao tratamento e a promoção do acesso das mulheres que nunca realizaram o exame (BRASIL, 2011c).

A condução da política pública, em geral, tem valorizado parcerias, propõe a construção de estratégias conjuntas com variadas entidades e movimentos sociais, registra uma permeabilidade ao controle social e ao direito à comunicação. Ao longo do desenvolvimento da política pública foram realizados encontros e seminários com o objetivo de debater a situação do controle do câncer, compartilhar experiências, promover a integração entre setores/entidades, traçar e fortalecer estratégias de participação e controle social, com a participação do movimento de mulheres.

A linha de cuidado do câncer do colo do útero passou a ser orientada pela área de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas do Ministério da Saúde em 2013, tendo havido algumas alterações normativas. De forma resumida, elas contemplam as diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas (BRASIL, 2012b), o prazo para o início do tratamento do câncer previsto na Lei nº 12732/2012 (BRASIL, 2012c), instituição da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer - Portaria nº 874 /2013 (BRASIL, 2013), critérios de qualidade e credenciamento de laboratórios de citopatologia, redefinição dos critérios e parâmetros para a habilitação dos estabelecimentos de saúde da atenção especializada em oncologia, instituição dos serviços de referência ao tratamento e diagnóstico do câncer de colo de útero e mama, redefinição da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas e diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado.

Nos documentos, a comunicação é considerada na relação entre as equipes e os serviços, especialmente, para permitir a articulação entre diferentes pontos na rede de atenção à saúde, na transferência segura do cuidado, negociação de responsabilidades e personalização dos sistemas de referência e contrarreferência (BRASIL, 2012b). A importância do diálogo e da escuta também são apontados nas orientações clínicas aos serviços de saúde, visando o fortalecimento do vínculo entre a população e os pontos de atenção.

O protocolo não substitui a interação, o diálogo, a escuta, o respeito, enfim, o acolhimento do cidadão e de sua queixa para a avaliação do seu potencial

de agravamento. (...) As diretrizes clínicas são um elemento norteador do que se espera das mudanças de práticas, mas que, sem um processo dialógico com profissionais e usuários, pode significar perda de tempo e recursos (BRASIL, 2012b, p. 29-30).

A comunicação ganha visibilidade na “Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas”, onde há uma seção específica sobre os princípios e diretrizes relacionados à comunicação e saúde, com visibilidade para as parcerias que possam disseminar e traduzir conhecimentos e fortalecimento de ações que promovam mudanças (BRASIL, 2013).

Art. 19. Constitui-se princípio da comunicação em saúde no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer o estímulo à formulação de estratégias de comunicação com a população em parceria com os movimentos sociais, com os profissionais da saúde e outros atores sociais, que permitam disseminar e ampliar o conhecimento sobre o câncer, seus fatores de risco e sobre as diversas diretrizes de prevenção e controle e a tradução do conhecimento para os diversos públicos-alvo.

Art. 20. São diretrizes da comunicação em saúde no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer:

I - estabelecimento de estratégias de comunicação com a população, com os profissionais de Saúde e com outros atores sociais, que permitam disseminar e ampliar o conhecimento sobre o câncer, seus fatores de risco e as diversas estratégias de prevenção e de controle, buscando a tradução do conhecimento para os diversos públicos-alvo; e

II - estímulo às ações de fortalecimento da capacidade individual e coletiva de comunicação em saúde, promovendo mudanças a favor da promoção da saúde, da prevenção e do controle do câncer (BRASIL, 2013).

A comunicação caracteriza as relações entre equipes e serviços nas linhas de cuidado da normativa que *Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas* no SUS e também faz parte das competências das esferas de gestão, que consistem em “elaborar, desenvolver estratégias de comunicação e disponibilizar publicações, materiais didáticos, informativos ou outros materiais de interesse da população e dos profissionais de saúde relacionados às doenças crônicas e seus fatores de risco” (BRASIL, 2014a).

As instituições governamentais de saúde têm realizado esforços para diversificar caminhos para a detecção precoce e diminuição da incidência e mortalidade do câncer de colo de útero e a comunicação muitas vezes é citada como uma estratégia para potencializar as ações nesse âmbito. No entanto, segundo Araújo (2000), a comunicação estabelecida nas práticas institucionais se baseia em políticas sociais que apoiam intervenções e não pode ser

compreendida e avaliada em uma perspectiva apenas instrumentalista, como um conjunto de técnicas e materiais. “As práticas de comunicação das organizações correspondem à sua política de comunicação, que, por sua vez, corresponde ao seu projeto de intervenção social” (ARAÚJO, 2000, p. 16-17). Dessa forma, a concepção de comunicação influencia suas práticas, que estão permeadas de interesses e valores, que se confrontam e interagem nos diálogos cotidianos.

A compreensão da comunicação como uma prerrogativa do direito à saúde, presente na construção do SUS e na criação da política pública específica, cedeu espaço a uma compreensão focada na divulgação de ações e relacionamento entre serviços. A inexistência da discussão sobre a comunicação como uma política pública que é transversal às políticas específicas cria obstáculos ao aprofundamento e problematização do que se entende por comunicação no SUS e tende a reforçar uma compreensão instrumental, com naturalização de suas práticas como técnicas. Pensar a dimensão do direito à comunicação e a participação para além do controle social institucional pode trazer outras perspectivas às práticas comunicacionais.

3. QUESTÕES DE ESTUDO

Os objetivos da pesquisa se concentraram inicialmente em analisar as práticas relacionadas ao direito à comunicação nos itinerários terapêuticos de mulheres no controle do câncer de colo de útero, buscando identificar se elas interferem no direito à saúde e tendo como planos de observação a construção da política pública, as ações e práticas dos serviços de saúde e o cotidiano das mulheres.

No desenvolvimento da fase exploratória da pesquisa e ao longo do trabalho de campo esses objetivos se aproximaram de questões que motivaram este estudo, e que ganharam relevância com base nas experiências relatadas e vividas na interação com usuárias, profissionais e gestores. As inquietações enfocavam problemas de comunicação no cotidiano das usuárias em busca de cuidado na dimensão do direito (ter espaços de fala, ser ouvida e considerada); o entendimento de comunicação presente na política pública que orienta as práticas comunicacionais e de saúde na linha de cuidado do câncer do colo uterino; a responsabilidade por identificar problemas e propor melhorias relacionadas à comunicação nos serviços de saúde do SUS; e os instrumentos necessários para dar conta de um olhar aprofundado e relacional na diversidade de contextos e sujeitos abordados pelo estudo.

Dessa forma, duas questões principais orientaram a pesquisa:

Uma questão de natureza teórica-epistemológica no campo da comunicação e saúde procurou caminhos que possibilitem uma costura concreta entre teoria e prática, contemplando o objeto de estudo em diferentes aspectos e na complexidade do contexto abordado. A busca por um olhar transdisciplinar foi a solução encontrada para refletir sobre o campo científico da comunicação e trazer aportes de outros campos que permitissem a compreensão dos problemas, suas origens, entendimentos.

Outra questão é metodológica. Ela foi uma aposta nos itinerários terapêuticos como ferramenta para relacionar as práticas de comunicação com o direito à saúde, tanto na interpretação e atribuição de significados pelas mulheres em seus caminhos por cuidado quanto nas ações da política pública e dos serviços de saúde, considerando as interações, relações sociais, culturais, políticas e disputas simbólicas.

4. PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 CONTEXTO SITUADO: APONTAMENTOS SOBRE O CÂNCER DE COLO DE ÚTERO

O Câncer de Colo de Útero é considerado um problema de saúde pública no Brasil por sua alta incidência, mas apresenta um alto potencial de prevenção e cura, sendo o exame ginecológico uma ação preventiva com impacto comprovado na detecção precoce e na diminuição da mortalidade. Nas estimativas do Instituto Nacional do Câncer para o ano de 2014, eram esperados 15.590 casos novos no país, sendo o risco estimado de 15,33 casos a cada 100 mil mulheres (BRASIL, 2014b).

Na região Norte, o Câncer de Colo de Útero é o mais frequente entre as mulheres, excetuando os tumores de pele não-melanoma, com um risco de incidência de 23,57/100 mil habitantes. Ao observar as diferenças regionais nesse panorama, percebe-se que nas regiões Centro-Oeste (22,19/100 mil) e Nordeste (18,79/100 mil) ele é o segundo mais incidente, sendo o quarto na Região Sudeste (10,15/100 mil) e na Região Sul (15,87/100 mil) é o quinto mais frequente (Tabela 1).

Tabela 1. Estimativa de incidência para o ano de 2014 de neoplasias malignas em mulheres por 100.000 habitantes, por localização primária, segundo Região

Região	Mama	Colo do útero	Cólon e reto	Pulmão, traqueia e brônquios	Estômago	Melanom a maligno da pele	Pele não melanoma
Brasil	56,09	15,33	17,24	10,75	7,41	2,85	82,24
Região N	21,29	23,57	5,30	5,11	5,91	0,58	24,73
Região NE	36,74	18,79	7,81	6,40	6,39	1,12	46,68
Região SE	71,18	10,15	24,56	11,48	8,20	3,49	112,28
Região S	70,98	15,87	21,85	21,35	8,43	6,03	86,03
Região CO	51,3	22,19	14,82	8,49	6,32	1,96	99,31

Fonte: Ministério da Saúde/Instituto Nacional do Câncer – INCA (BRASIL, 2014b).

Com exceção do câncer de colo de útero, a maior parte das neoplasias na região Norte apresenta estimativa de incidência significativamente mais baixa do que as outras regiões do país. Esses dados podem apontar para subdiagnóstico, talvez por consequência de escassez de equipamentos ou qualificação inadequada dos profissionais na região. Pensando que esse fato pode ser verdadeiro, a incidência do câncer de colo de útero no Norte do país pode ser de fato ainda maior.

A principal forma de prevenção do câncer de colo de útero é a realização periódica do exame citopatológico (exame ginecológico de citologia cervical), também conhecido como Papanicolaou ou simplesmente exame preventivo, como identificado ao longo desta pesquisa. Os exames permitem identificar lesões uterinas precursoras de câncer do colo do útero, que são curáveis na quase totalidade dos casos. No Brasil, a recomendação adotada é a prioridade de realização de exame preventivo em mulheres de 25 a 64 anos, sendo que após dois exames anuais consecutivos negativos, o intervalo entre os exames deve ser de três anos. Os exames são oferecidos pelo SUS nos serviços de atenção básica, sendo comprovado que a detecção precoce e seu tratamento influencia diretamente na diminuição da incidência e mortalidade desse tumor (BRASIL, 2011c).

A infecção pelo papilomavírus humano (HPV) é considerada o principal fator de risco para o câncer do colo do útero, sendo este associado a outros fatores relacionados à imunidade, genética e comportamento sexual. As vacinas contra o HPV são consideradas um método eficaz e de relevante custo benefício para a prevenção da infecção, especialmente, em mulheres até 25 anos, sendo comprovada a redução das manifestações do vírus em países que a implementaram no calendário vacinal. Em 2014, o Ministério da Saúde, por meio do Programa Nacional de Imunizações, iniciou a campanha de vacinação de meninas entre 11 e 13 anos contra o vírus HPV (BRASIL, 2012b; INCA 2014; ZARDO *et al.*, 2014).

A questão geográfica é apontada como um agravante para a construção de estratégias de descentralização do SUS em grande parte da Região Norte, que possui a maior área territorial e menor densidade demográfica do país - 4,12 hab./m² para a Região e 22,43 hab./m² para todo o país (IBGE, 2010). No contexto da Amazônia Ocidental, os aspectos geográficos devem ser considerados na atenção à saúde, pois a vasta hidrografia, vegetação densa, solo argiloso e clima tropical úmido acarretam dificuldades de acesso a determinadas localidades, razão para a baixa densidade demográfica. Isso gera como consequência um alto custo de transporte e manutenção de equipamentos.

Um estudo de caso de Viana *et al.* (2007), sobre diferentes situações geográficas na Amazônia Legal, ressaltou que a diversidade de cenários que influenciam a saúde na região deve ser considerada pelas políticas públicas regionais. O desafio extrapola a criação de uma política regional para a Amazônia, levando a propor “várias políticas regionais dentro da região, que articulem estratégias para o desenvolvimento, a proteção social e a saúde” (VIANA, 2007, p. S129).

O Estado do Acre possui 733.559 habitantes, sendo 336.038 residentes na capital Rio Branco (IBGE 2010). É composto por 22 municípios, divididos em três regionais de saúde. Há transporte rodoviário para a maioria dos municípios, embora algumas localidades sejam isoladas, incluindo sedes de municípios, com acesso por via aérea ou fluvial. Duas principais rodovias cruzam o Estado: a BR 364 de leste a oeste, da divisa com o Estado de Rondônia até a cidade de Cruzeiro do Sul; a BR 317 de norte a sul, da divisa do Estado do Amazonas até as fronteiras com Bolívia e Peru.

Um estudo realizado em Rio Branco em mulheres adolescentes e adultas jovens (de 15 a 29 anos de idade) observou a frequência elevada de lesões precursoras²³ do câncer do colo uterino em faixa etária inferior à esperada (LEAL, 2003). O trabalho evidencia que a exposição precoce aos fatores de risco antecipa o desenvolvimento do câncer de colo uterino. Ao associar o grau de acometimento das lesões com características epidemiológicas e fatores de risco conhecidos, a pesquisa evidenciou que esses últimos são mais vulneráveis em adolescentes devido aos múltiplos parceiros e ao menor uso de barreiras contraceptivas e de prevenção a doenças sexualmente transmissíveis.

Conforme as diretrizes brasileiras, as faixas etárias abaixo de 25 anos e acima de 64 anos não são priorizadas para a realizarem exames preventivos, por ser baixo o impacto no controle das lesões de alto grau, essas consideradas como risco para o câncer. Abaixo dos 25 anos, predominam lesões de baixo grau (especialmente as infecções por HPV), que na maioria dos casos regredirão espontaneamente (INCA, 2012).

É necessário reafirmar que, segundo as *Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero*, antes dos 25 anos, prevalecem as infecções por HPV e as lesões de baixo grau, portanto, as lesões mais prevalentes podem ser apenas acompanhadas conforme as recomendações clínicas. Além disso, realizar exames nas faixas etárias que não são prioritárias sobrecarrega os serviços, podendo prejudicar o acesso das mulheres que realmente necessitam ser encaminhadas para investigação diagnóstica e tratamento de lesões precursoras (INCA, 2012, p.3-4).

A Região Norte possui a mais alta taxa de mortalidade com relação a outras regiões do país (Tabela 2), fato que pode estar associado a dificuldades estruturais como as grandes distâncias geográficas com dificuldades de acesso e isolamento, diversidade populacional,

²³ Conforme a Classificação Citológica Brasileira (2006), as nomenclaturas consideradas de lesões precursoras são: lesão intraepitelial escamosa de baixo grau (LSIL) e lesão intraepitelial escamosa de alto grau (HSIL) (BRASIL, 2009; BRASIL, 2011b).

desigualdades sociais, baixa capacidade de articulação de atores regionais envolvidos com as políticas públicas e dificuldade de fixação de recursos humanos (VIANA *et al.*, 2007).

Tabela 2 - Taxas de mortalidade por câncer de colo de útero, por 100.000 mulheres, Brasil, Região Norte, entre 2008 e 2012.

	2008	2009	2010	2011	2012
Brasil	4,76	4,8	4,54	4,66	4,72
Região Norte	9,82	10,18	9,19	10,02	10,5
Região Nordeste	5,62	5,95	5,23	5,63	5,81
Região Centro-Oeste	5,66	5,91	5,86	5,29	5,35
Região Sul	4,46	4,18	3,98	4,19	4,34
Região Sudeste	3,70	3,62	3,60	3,55	3,44

Fontes: MS/SVS/DASIS/CGIAE/Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM
MP/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE
MS/INCA/Conprev/Divisão de Vigilância (BRASIL, 2014b).

Quando observamos a taxa de mortalidade entre os estados (Tabela 3), podemos identificar disparidades na série histórica dos estados do Acre e Amapá que levam à compreensão da existência de subnotificação de casos em anos anteriores. Sendo os dados de 2011 e 2012 mais próximos da média regional, pode-se prever que houve uma qualificação do registro das causas de mortalidade, levando à identificação de maior quantidade de casos de câncer de colo de útero.

Tabela 3 - Taxas de mortalidade por câncer de colo de útero,, por 100.000 mulheres, Estados da Região Norte, entre 2008 e 2012.

	2008	2009	2010	2011	2012
Acre	5,02	1,24	3,34	10,09	12,28
Amapá	8,83	5,5	6,39	9,95	17,34
Amazonas	16,77	15,81	15,98	16,92	19,56
Pará	8,66	9,71	8,23	8,26	8,45
Rondônia	5,95	6,71	5,27	5,59	4,23
Roraima	11,87	15,39	7,22	7,08	5,32
Tocantins	7,35	8,36	8,26	9,89	6,55

Fontes: MS/SVS/DASIS/CGIAE/Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM
MP/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE
MS/INCA/Conprev/Divisão de Vigilância (BRASIL, 2014b).

Ao analisar razão de exames citopatológicos relacionados à população de mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos no Acre, na série histórica de 2008 a 2012 (Tabela 4), podemos perceber que embora o número de exames tenha aumentado, a proporção de exames tem diminuído, considerando o aumento da população ao longo dos anos. A base de dados consultada, do Sistema de Informação do Câncer de Colo de Útero - Siscolo, não permitiu o

levantamento dos dados do ano de 2013 por haver falhas na disponibilização dos dados de alguns meses. Como o sistema de informação atual está em processo de migração para o Sistema de Informações do Câncer, a falha pode estar associada a uma situação temporária.

Tabela 4 - Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população feminina na mesma faixa etária, Acre, 2008-2012

	2008	2009	2010	2011	2012
Quantidade de exames	43164	42167	41697	41532	45463
População feminina	135921	140469	154453	157160	159769
Razão de exames	0,32	0,30	0,27	0,26	0,28

Fonte: IBGE/Censos demográficos (1991, 2000 e 2010), contagem populacional (1996) e projeções e estimativas demográficas (BRASIL, 2012d) e SISCOLO, 2014.

Os dados sobre a quantidade de exames citopatológicos realizados na faixa etária de 25 a 64 anos apresenta uma diferença em relação aos dados apresentados pela Secretaria de Estado de Saúde (consultada em outra base de dados – SIA), que apontam para uma redução no número de exames realizados entre os anos de 2012 e 2013 (Tabela 5). Apesar das diferenças, as informações chamam a atenção para a necessidade de avaliação do planejamento de ações e estratégias realizado, com o objetivo de reverter a situação e ampliar a cobertura de exames.

Tabela 5 - Produção de Exames citopatológicos do colo do útero por faixa etária, 2012-2013

Ano	2012	2013	Redução
Exames na faixa etária de 25 a 64 anos	43211	44.313	-2%
Exames fora da faixa etária alvo	11649	10600	-9%
Exames em todas as faixas etárias	55962	53811	-4%

Fonte: SIA, 2014 (ACRE, 2014)

Para que haja redução da incidência e mortalidade por câncer de colo de útero é recomendável que a atenção primária alcance uma alta cobertura de exames realizados pelas mulheres na idade recomendada (25 a 64 anos). Atualmente, a meta pactuada para o Acre da razão de exames citopatológicos do colo do útero e a população feminina de 25 a 64 anos é de 0,30, o que não foi alcançado entre 2010-2013 (ACRE, 2014).

Atingir alta cobertura da população definida como alvo é o componente mais importante no âmbito da atenção primária para que se obtenha significativa redução da incidência e da mortalidade por câncer do colo do útero. Países com cobertura superior a 50% do exame citopatológico realizado a cada três a cinco anos apresentam taxas inferiores a três mortes por 100 mil mulheres

por ano e, para aqueles com cobertura superior a 70%, essa taxa é igual ou menor que duas mortes por 100 mil mulheres por ano (ANTTILA *et al.*, 2009; ARBYN *et al.*, 2009a *apud* BRASIL, 2011c, p. 29)

Para alcançar êxito, as políticas de saúde devem estar atentas às especificidades regionais e locais, para elaborar estratégias apropriadas. Na região Norte, vários municípios têm dificuldade de planejar e avaliar ações. No Estado do Acre, percebe-se que a maior parte das ações são desenvolvidas de forma pontual, respondendo a demandas imediatas, realizadas de forma reducionista, isolada e com pouca ênfase no planejamento e avaliação, ainda que eventualmente eles sejam elaborados no papel e com registro nos Sistemas de Informações de base nacional.

A política pública do câncer de colo de útero no Brasil foi concebida e desenvolvida pelo Instituto Nacional do Câncer - INCA, mas desde 2011, com a implementação do plano de ações estratégicas para enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis pelo Ministério da Saúde, este vem assumindo gradualmente a sua condução. Com o objetivo de reestruturar a atenção às pessoas com doenças crônicas, vem sendo criadas desde então uma série de ações, reestruturações administrativas, normativas e diretrizes para a área. Atualmente, o INCA tem sido responsável pela revisão das atuais diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer de colo de útero (BRASIL, 2011c), que está em andamento.

A organização da atenção à saúde na linha de cuidado do câncer do colo do útero no Estado do Acre avançou bastante nos últimos 15 anos em termos de formação e qualificação de profissionais, infraestrutura de serviços e equipamentos. A estrutura operacional da linha de cuidado do câncer de colo de útero está abaixo definida (ACRE, 2014):

- Atenção primária - Nas unidades municipais são realizados cadastro, coletas de exame preventivo, diagnósticos de alterações, tratamentos de lesões leves e encaminhamentos para serviços especializados ou tratamento fora de domicílio.
- Atenção secundária - O Centro de Controle Oncológico (Cecon), situado na capital, realiza consultas ambulatoriais especializadas, e procedimentos cirúrgicos de pequeno porte. Responsável pelos exames citopatológicos.
- Atenção terciária - Unidade de Alta Complexidade em Oncologia – Unacon (Hospital do Câncer), situado na capital, dentro do complexo do Hospital das Clínicas, foi implantado no Acre em 2007. É responsável pelas ações de

tratamento do câncer, contando com rádio e quimioterapia e cirurgias de médio e grande porte. O Hospital das Clínicas é responsável pelos exames histopatológicos.

- Sistema de apoio e diagnóstico - Os serviços laboratoriais citopatologia e histopatologia, nos quais são examinados materiais de citopatologia e biópsias, atendem aos três níveis de atenção e até 2014 são realizados somente na capital pelo SUS.
- Sistema de Informação do Câncer – SISCAN, em plataforma *web*, integrou os sistemas de câncer de colo de útero e mama (SISCOLO e SISMAMA). Permite a identificação das mulheres e a interação entre os serviços em diferentes níveis de atenção, inclusive com acesso a resultados dos exames preventivos pelo laboratório citopatológico. Está em processo de implantação.
- Sistema de regulação – com centrais municipais e estadual, organiza a oferta e distribuição de vagas de consultas ginecológicas na atenção primária, consultas especializadas na atenção secundária e terciária. Em processo de implantação, a Unacon ainda não está inserida no processo regulatório.

O município de Rio Branco é referência para todos os municípios do Estado do Acre e também para municípios limítrofes dos estados do Amazonas e Rondônia, por sediar os serviços de saúde especializados. É elevado o custo dos serviços de tratamento fora de domicílio (TFD) para a Secretaria de Estado de Saúde do Acre, especialmente via transporte aéreo, ainda que tenha havido melhorias na pavimentação rodoviária local a partir de 2010.

4.2 ESTRATÉGIA METODOLÓGICA DOS ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS

O Itinerário Terapêutico (IT) foi escolhido como a estratégia metodológica para esta pesquisa por conjugar recursos que propiciam a apreensão de diálogos e práticas sobre a experiência de adoecimento de sujeitos e suas buscas por cuidado, considerando os sentidos e lógicas de quem vivencia o cotidiano dos serviços de saúde. Essa possibilidade teórico-metodológica pressupõe que os conhecimentos adquiridos por diferentes meios e experiências, situadas em histórias particulares ou biográficas, são continuamente ressignificados nas relações interpessoais, em processos interativos, ao confrontar diagnósticos clínicos com familiares, vizinhos e amigos.

O conceito de itinerário terapêutico tem definição ampla para Dominique Buchillet (1991) para dar conta dos variados percursos realizados pelas pessoas visando a resolução de um problema de saúde:

(...) o conjunto de processos implicados na busca de um tratamento desde a constatação de uma desordem, passando por todas as etapas institucionais (ou não) onde podem se atualizar diferentes interpretações (paciente, família, comunidade, categorias de curadores etc.) e curas. Este conceito permite esclarecer a lógica subjacente às representações e aos comportamentos dos indivíduos, à escolha das instituições e dos tratamentos assim como das estratégias concretas das diferentes categorias de indivíduos ou instituições implicadas na resolução de um problema de saúde particular (BUCHILLET, 1991, p. 28).

As pessoas em uma situação de adoecimento buscam caminhos que vão além de uma escolha individual consciente e culturalmente determinada, pois essas passam pelas experiências vividas e pelos processos de interação que se desenrolam no cotidiano, que produzem significações. É preciso estar atento ao caráter intersubjetivo das experiências, pois ações e estratégias são constantemente reelaboradas nas relações com os outros, especialmente nas redes sociais mais próximas.

Os ITs interrelacionam dimensões material e imaterial, segundo Gerhardt *et al.* (2008), a primeira ligada à organização de serviços de saúde e que reflete na trajetória dos pacientes, e a segunda presente nas representações e relações sociais, influenciando a ordem das buscas e os diferentes cuidados em saúde. Tais dimensões influenciam as escolhas dos sujeitos e estão associadas a uma variedade de outros fatores como atitudes, valores, ideologias, perfis da doença, acesso econômico, além da disponibilidade dos serviços no acesso, qualidade e

vínculo. As formas de busca por cuidado são complexas, variadas entre os indivíduos e mesmo em diferentes momentos da vida de uma pessoa. Os ITs, de forma ampla e multidimensionada, fornecem condições de conhecer as redes locais dos serviços onde transparecem as articulações entre diferentes atores e entre os níveis do sistema de saúde e distintas esferas de gestão. Há condições de observar a construção de saberes e práticas, os processos de trabalho e de gestão nessa interação com os serviços de saúde (GERHARDT, 2008).

Entre os fatores imateriais, os valores sociais que estruturam as relações interpessoais interferem no estado de saúde dos indivíduos de diferentes maneiras. As relações sociais existem independentemente das situações de crise, mas nessas horas podem cumprir tanto funções práticas como simbólicas, contribuindo para pensar, propor ou reelaborar recursos que possam resolver os problemas biológicos, e que podem ir muito além do modelo biomédico. O tipo de resposta dada a um problema encontrado está relacionado à capacidade de mobilização de “recursos sociais”, que refletem a posição que o indivíduo ocupa dentro da estrutura social e econômica. A vida biológica é enquadrada dentro das condições econômicas, sociais e culturais, que organizam a vida coletiva, e as práticas tomam formas específicas e características próprias em cada contexto (GERHARDT, 2006).

(...) as famílias assumem condutas diferentes diante de problemas de saúde considerados leves e graves. A diferenciação de situações leves e graves tem como referencial a experiência acumulada pela própria vivência de determinados episódios, os hábitos culturais transmitidos de uma geração para outra, o conhecimento incorporado pelo contato com profissionais da saúde, as mensagens veiculadas pelos meios de comunicação, a convivência e o intercâmbio de conhecimentos e experiências com amigos e vizinhos, eis o que determina a escolha de um ou outro tipo de recurso (GERHARDT, 2006, p. 2456).

A simultaneidade de recursos utilizados pelas pessoas em situações de enfermidade é uma questão percebida em outros estudos (ALVES, 1993; ALVES; SOUZA, 1999; GERHARDT, 2006; TRAD *et al.*, 2010). As pessoas, de certa forma, buscam uma saúde mais integral na própria mescla entre diferentes subsistemas de cura e cuidado.

O IT é considerado uma ferramenta teórico-metodológica que permite revelar a complexidade de dinâmicas cotidianas em que se inserem os indivíduos e suas famílias, evidenciando relações sociais, sentidos e significados na experiência de adoecimento e cuidado. A sustentação dessa prática ou tecnologia avaliativa centrada no usuário está na

metodologia que deixa transparecer interpretações e privilegia a apreensão das vivências e lógicas das pessoas (BELLATO *et al.*, 2009; GERHARDT *et al.*, 2009).

Os usuários constroem teias de significados singulares ao longo do itinerário e também produzem conhecimentos sobre a rede de atenção à saúde que permitem empreender caminhos que muitas vezes escapam aos fluxos formais do SUS, constituindo movimentos invisíveis às metodologias avaliativas tradicionais. Bellato, Araújo e Castro (2008) têm trabalhado a noção de IT como:

(...) uma construção analítica da experiência de adoecimento e busca de cuidados, apreendida através da dimensão vivida dessa experiência, na qual é traçada a trajetória percorrida pelo usuário e sua família, assim como a lógica desta trajetória e os modos como vão tecendo os sentidos nos muitos percursos que compõem. Esta experiência também está entrelaçada e implicada pela forma como os serviços de saúde se organizam e produzem efeitos na vida dessas pessoas (BELLATO; ARAUJO; CASTRO, 2008).

Para os objetivos desta pesquisa, o IT é uma estratégia metodológica fundamental, pois permite perceber as significações que as pessoas fazem sobre a experiência de adoecimento, onde sinais e sintomas são ressignificados pelo sujeito através da interação com seus semelhantes, passando a compreensão predominantemente pela interação e comunicação. Para Alves (1993), essa é uma lógica diferente da biomédica, que entende a doença a partir de um conjunto de manifestações anatômicas e fisiológicas de certa forma universal, que seguem determinados padrões.

Essas duas lógicas distintas, dos profissionais responsáveis por realizar as práticas nos serviços de saúde e dos usuários e suas famílias, interagem e se tensionam cotidianamente, pois não acontecem de forma isolada e tem implicações mútuas. Há uma relação de forças simbólicas que implicam nos sentidos da experiência e nos rumos escolhidos, que não se restringem aos serviços institucionais de saúde como lugar da busca por cuidado.

Na lógica oficial, a função da gestão da política pública passa pelo esforço de homogeneizar a complexidade da realidade da vida e do trabalho estabelecendo, avaliando e revisando normativas, manuais, protocolos e técnicas. Os gestores e profissionais locais são orientados por essas normas e condutas preestabelecidas, com base nas quais adequam suas práticas. As trajetórias são comandadas por uma regulação, que é o registro normativo dos caminhos estabelecidos entre diferentes níveis de gestão em uma linha de cuidado, sendo a complexidade da atenção à saúde considerada em relação a tecnologias e hiperespecialidade

de saberes, que compõem níveis hierárquicos no sistema (BELLATO; ARAUJO; CASTRO, 2008).

Já os usuários tem uma lógica baseada nas experiências, positivas e negativas, que ganham sentido nas vivências, de forma dialógica com familiares e amigos. Os caminhos vão sendo construídos de forma processual. A participação das famílias e das redes de relações sociais na compreensão dos processos cognitivos leva a diferentes caminhos por cuidado, que não são dados *a priori* por estruturas sociais. Na busca por cuidado que atendam às suas necessidades, essas são indivisíveis e complexas, e, muitas vezes, tensionam as configurações formais (BELLATO, ARAUJO E CASTRO, 2008):

A formação das imagens sobre os tratamentos não se constitui, entretanto, mero exercício individual da imaginação criadora. A consciência não estabelece seus objetos *ex nihilo*, pela autonomia da interioridade subjetiva, mas valendo-se de processos interpretativos construídos e legitimados por meio da interação social, na qual os significados são continuamente (re)formulados no interior de situações dialógicas específicas. É preciso não ignorar que os discursos, por serem eminentemente situacionais, encontram-se impregnados de interesses, hesitações, incongruências, estratégias e conflitos. Uma imagem acerca de um tratamento tem um caráter fluido, pois não é inteiramente formada pela adesão dos sujeitos a um certo modelo interpretativo, e sim construída dentro de redes de relações sociais. São justamente essas redes sociais, constituídas ou mobilizadas nos episódios de aflição, que servem de referência para os indivíduos e, portanto, sustentam e confirmam as elaborações de imagens relacionadas a determinados tipos de tratamento. Em outras palavras, uma imagem é subjetivamente dotada de sentido porque os outros membros do grupo social afirmam-na como real (ALVES; SOUZA, 1999, p. 135)

Alguns usuários e famílias fazem escolhas e organizam seus caminhos considerando seus capitais simbólico e linguístico, que nem sempre são próprios e podem ser potencializados ao acionar pessoas como acompanhantes ou profissionais com os quais constroem vínculos nos serviços. Esses mediadores favorecem um posicionamento mais ativo, relações menos assimétricas e a compreensão de orientações de profissionais e gestores.

Na interpretação do itinerário terapêutico, Alves e Souza (1999) julgam como premissas importantes que se coloque em evidência as experiências dos sujeitos e as trajetórias, mas sem perder de vista os macroprocessos socioculturais e históricos existentes, que circunscrevem os temas e a noção de indivíduo.

A ênfase nas experiências de indivíduos singulares não é colocada como uma defesa da noção de subjetividade, mas sim como uma forma de elucidar os modos como os sujeitos se

posicionam no mundo, que contemplam relações com outros, atividades e planos coletivos. O interesse está em “compreender interações e diálogos, mas também as emoções, imagens, projetos e identidades que constituem um contexto para essas interações” (ALVES; RABELO; SOUZA, 1999, p. 17). Apreensão da subjetividade do usuário tem como material as narrativas produzidas pelos sujeitos pesquisados, cujo exame é o modo de acesso as suas experiências. Dessa forma, “não estamos postulando uma equivalência ou mesmo redução da experiência ao discurso narrativo, mas reconhecendo uma vinculação estreita entre a estrutura da experiência e a estrutura narrativa” (ALVES; RABELO; SOUZA, 1999, p. 19).

A história de vida é uma estratégia utilizada que permite dar visibilidade a como as pessoas compreendem o passado, interpretando e significando as experiências vividas na atualidade. Ao mesmo tempo, esses relatos permitem ilustrar o ambiente dos acontecimentos em um contexto social mais amplo. No caso dos ITs, em que há um interesse específico em uma situação de adoecimento, realiza-se a modalidade de história de vida focal, como denominam Bellato, Araújo e Castro (2008), ou história de vida tópica, segundo Minayo (2008), que visa dar ênfase a uma fase ou setor da vida pessoal.

Nas histórias de experiências de adoecimento de usuários do SUS é possível observar a trajetória percorrida, os sentidos que guiaram suas decisões, as lógicas implícitas e o contexto em que ocorreu. As pessoas que ajudaram a construir esses caminhos (família e os que vivem próximos) estão presentes nas narrativas e dão visibilidade à construção intersubjetiva das experiências, onde significados são continuamente negociados. Os sujeitos trazem vivências de cuidado ao longo da vida e significações que orientam os sentidos das buscas nos serviços de saúde, em muitos momentos associando situações à vida social, relações com família, trabalho, religiosidade.

Uma técnica de pesquisa utilizada nos ITs é a entrevista em profundidade, do tipo aberta, em que o investigador busca conhecer os caminhos empreendidos na situação de adoecimento e orienta questões para esclarecer pontos ou dar profundidade às reflexões, deixando as pessoas discorrerem livremente sobre o assunto. Esse tipo de entrevista pressupõe a disposição do pesquisador em uma escuta atenta e interessada aos significados e sentidos que podem orientar a narrativa para temas que usuário considera mais significativos. Por isso, é importante permitir expressão mais livre, menos orientada, com ancoragem na própria narrativa de eventos. Como forma de aprofundar questões sobre a experiência, são sugeridas aproximações sucessivas, em mais de um encontro. Os retornos são importantes, pois a contextualização na história de vida pressupõe rememoração, o que nem sempre se faz de

forma linear, muitas vezes necessitando de idas e vindas na cronologia da narrativas para trazer à tona uma situação vivida. É relevante buscar o aprofundamento de sentidos, valores e crenças sobre o cuidado (BELLATO, ARAUJO E CASTRO, 2008).

(...) o itinerário terapêutico não é necessariamente produto de um plano esquematizado, pré-determinado. Só é possível falar de uma unidade articulada quando o ator, ao olhar para as suas experiências passadas, tenta interpretá-las de acordo com as suas circunstâncias atuais, com o seu conhecimento presente. Por conseguinte, se podemos dizer, por um lado, que o itinerário terapêutico é uma experiência vivida real, por outro, sua interpretação é uma tentativa consciente de se remontar ao passado com objetivo de conferir sentido ou coerência a atos fragmentados. Nesse aspecto, o itinerário terapêutico envolve tanto ações quanto discurso sobre essas ações (ALVES; SOUZA, 1999, p. 133).

A narrativa construída pelo usuário é tecida mais pela importância dos acontecimentos na sua vida do que por uma linha cronológica, sendo que a tentativa de ordenação durante a entrevista pode levar à perda da riqueza narrativa. A ordem temporal dos acontecimentos deve ser feita um momento posterior pelo pesquisador, em uma etapa analítica, ao reler a entrevista de maneira atenta. Para estimular a continuidade de uma narrativa ou a retomada de um relato, é sugerido enfatizar o “como” e não o “porquê” (BELLATO, ARAUJO E CASTRO, 2008). Como nem sempre há uma motivação clara ou consciente para as decisões, essa interpretação pode ser feita na etapa da análise das narrativas, contextualizada com outros elementos.

A relação estabelecida entre pesquisador e entrevistado é fundamental para aproximação e construção de vínculo. O estabelecimento de uma relação de confiança permite que se avance para além das descrições dos caminhos percorridos, chegando ao aprofundamento de questões, motivações, consequências e respostas que obteve. Tempo, disponibilidade, empatia, percepção do outro e imersão nos processos vividos pelo usuário são elementos recomendáveis. A compreensão deve incluir o usuário e as pessoas que participam na organização do cuidado e é recomendável conhecer o bairro e cidade, trajetos que apontam facilidades e dificuldades de maneira viva, de forma a “reviver” experiências narradas pelo usuário. “O pesquisador busca o significado que transcende a biografia do narrador” (BELLATO, ARAUJO E CASTRO, 2008, p. 176).

A observação de campo, inspirada no método etnográfico, pode “compreender pensamentos, comportamentos, fatos e eventos em sua rotina, em seu contexto interativo entre pessoas ou grupos”, segundo Pinheiro et al. (2006, p.39). Um tipo de observação que cabe aos métodos do IT é o classificado como Participante-como-observador (MINAYO, 2008) em que

a relação do pesquisador com o campo se restringe ao tempo da pesquisa, sendo clara e consciente essa estratégia para os entrevistados. Durante o tempo estipulado ao trabalho de campo a participação é intensa e profunda, com acompanhamento de acontecimentos considerados importantes pelos entrevistados nas rotinas cotidianas. No caso dos ITs, podem-se acompanhar usuários nos caminhos pelo sistema de saúde, registrando em diário de campo impressões, interações e ambientes.

O *corpus* de análise deve ser composto do diário de campo para o registro de observações, sentimentos, percepções e imagens, permitindo ir além da narrativa, onde podem ser descritas reações não verbais, sensações, contexto e ambiente. Nos instrumentos técnicos da pesquisa também deve haver compreensão da lógica dos serviços de saúde, que pode ser feita nos lugares onde as práticas acontecem. Devem-se empreender técnicas que permitam apreender a materialidade das práticas discursivas – documentações, normas, cartazes – e não discursivas – fotos, descrições de ambientes, localizações relações procedimentos (BELLATO, ARAUJO E CASTRO, 2008).

A análise dos itinerários terapêuticos é realizada a partir dos discursos produzidos pelos sujeitos pesquisados, como possibilidade de acesso às suas experiências, buscando identificar a dinâmica contextual e a dimensão sociocultural e suas relações com os projetos individuais e coletivos de busca por cuidado. As análises das entrevistas e dos demais documentos relacionados ao campo empírico desta pesquisa se apoiam nos itinerários terapêuticos e na antropologia linguística de William Hanks (2008). Ao tratar dos instrumentos de análise da antropologia, Alves e Souza (1999) chamam a “atenção para o fato de que toda interpretação do fenômeno cultural é essencialmente de caráter conjectural. Logo, não esgota todos os horizontes potenciais de sentido que podem se atualizar a partir das ações dos indivíduos” (ALVES; SOUZA, 1999, p. 132).

Ao trabalhar com uma abordagem metodológica de análise das enunciações que privilegiam o diálogo, o linguista-antropólogo William Hanks (2008) propôs uma teoria da prática dos gêneros discursivos, onde são articuladas as perspectivas teóricas de Bourdieu e Bakhtin, relacionando as condições locais de produção dos gêneros discursivos com as práticas comunicativas situadas. O autor apresenta um caminho teórico-metodológico a partir de sua experiência de pesquisa, onde ele propõe um conjunto de elementos que guiam a observação e não um modelo de análise. Os elementos apresentados apontam possibilidades de articulação dos pressupostos teóricos ao campo empírico da pesquisa a partir de estratégias

que priorizam o diálogo. São quatro elementos centrais da teoria que ele apresenta (HANKS, 2008):

Relação entre gêneros e as estruturas de poder e de autoridade a que são endereçados: Visa observar a maneira como as pessoas demonstram adesão a valores éticos/morais do grupo e se demonstram caráter irrepreensível, a direção dos valores das instituições dominantes que geram impacto na constituição dos gêneros discursivos, quem é autorizado pelos atores sociais legitimados, os fatos comprováveis pela citação ou referências a nomes e lugares específicos. Busca observar processos pragmáticos que vinculam as unidades textuais a estruturas dominantes de poder.

Orientação dos gêneros em direção aos processos de recepção: Inclui o discurso citado (ou reportado), enquadramento metalinguístico e a retórica persuasiva. A reprodução literal ou descrição do discurso de outro mostra recepção ativa do discurso de outros falantes e autoridade de quem fala (discurso citado, discurso no interior do discurso, discurso indireto, discurso subjetivo da compreensão), controle da recepção para torná-la inteligível e autorizada. Traços que visam influenciar a ação: verbos no imperativo, afirmações de segunda pessoa que induzem destinatário a agir, explicação detalhada de porque seguir a ordem, apelo ao afeto intenso (positivo ou negativo), como autores interpretam seus próprios discursos e as recepções previstas a ele.

Atualidade e incompletude dos gêneros discursivos: Incorporados a sequências de ações historicamente específicas, os gêneros se transformam, se modificam. A prática é sempre não acabada, permanece incompleta e emergente. Gênero e texto permanecem parciais e transicionais. O significado não é fixo em uma estrutura gramatical objetiva. O discurso se atualiza no diálogo, a avaliação social está sempre sujeita a atualizações e revisões a partir da recepção. Falantes improvisam na prática, assumem alinhamento, postura, posição de si mesmo (*footing*), com relação ao outro e com o próprio discurso em construção.

Centração indicial dos gêneros em estruturas de participação: Centramento indicial: descrição do aqui e agora e argumento de ser “daqui”. Endereçamento: para quem o texto se dirige, referências a autoridades locais e testemunhas asseguram veracidade da declaração (incluindo Deus). Referência a nomes: pessoa ou entidade é nomeada no enunciado. Uso de pronomes demonstrativos vinculados aos falantes e destinatários, ao lugar e ao momento do acontecimento.

Vale ressaltar que essa não é uma proposta de modelo a ser desenvolvido, mas sim elementos sugeridos para ancorar as análises das práticas discursivas, que se configuram em vários níveis e Hanks (2008) propõe integrá-los com foco nos discursos (micro) e nos sistemas linguísticos e culturais (macro).

Os gêneros discursivos são formados por um repertório de formas de discurso a partir de convenções, gerados por determinadas condições de comunicação discursiva de cada campo de atividade e funções (científica, técnica, publicística, oficial, cotidiana). Há uma diversidade de gêneros discursivos onde coexistem diversificadas formas de ver o mundo, que são estáveis em determinados tempo e local, mas variam conforme o grupo social e historicamente. Para melhor compreender e definir os enunciados, a análise busca relacionar os gêneros primários - que circulam na comunicação cotidiana, em conexão com realidade - e secundários - produzidos a partir de códigos culturais elaborados como a escrita e meios de comunicação, disponíveis em suportes materiais e digitais (BAKHTIN, 2011; VOLOCHINOV / BAKHTIN, 2002; HANKS, 2008).

Nesse estudo, os gêneros primários podem ser percebidos nas entrevistas da pesquisa, que reportam à comunicação cotidiana com amigos/família e profissionais da saúde, fazendo conexão com as experiências vividas. Os gêneros secundários podem ser observados através de instrumentos normativos da gestão (diretrizes, portarias, leis e outros), pelos materiais educativos e informativos oficiais (cartazes, folhetos, cadernos de orientação de condutas), em programas de rádio e TV (entrevistas, reportagens, notícias, denúncias).

A entrevista da pesquisa, no momento em que é realizada, tem conexão com a realidade e a comunicação cotidiana, mas ela é produzida e analisada a partir de códigos elaborados do campo científico. Ela não é em si um gênero discursivo e sim um instrumento de visibilidade da circulação desses gêneros a partir do diálogo.

4.3 O CAMPO DA PESQUISA

A fase exploratória da pesquisa foi iniciada em 2013, em uma primeira aproximação com espaços de gestão para identificar pessoas, fluxos e documentos relevantes para o planejamento do trabalho de campo. Nessa etapa foi realizada a observação das primeiras informações para a seleção de entrevistados e dos serviços de saúde onde seriam observadas as práticas. No início de 2014, as instituições e unidades de saúde autorizaram a realização da

pesquisa. O trabalho de campo começou em maio de 2014, após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP.

Como o objetivo estava em abordar diálogos e práticas de uma política pública, a opção foi fazer a seleção das mulheres/usuárias em unidades de saúde, a partir da identificação de uma lesão no colo do útero. Dessa forma, partia-se do pressuposto de que as mulheres já haviam realizado ao menos um exame preventivo. Devido a esse enquadramento, os itinerários das mulheres, em geral, refletem a trajetória assistencial no SUS, embora as entrevistas tenham possibilitado observar a procura por outros sistemas de cuidado, como a religiosidade, autocuidado com alimentação, uso de chás e remédios caseiros.

A seleção das mulheres foi realizada em etapas diferenciadas de prevenção ou tratamento na linha de cuidado do câncer de colo de útero, contemplando unidades de saúde com variados níveis de atenção. Entre as unidades especializadas, foram selecionadas as duas sob gestão estadual: na atenção secundária o Centro de Controle de Oncologia do Acre (Cecon), com serviços procedimentos cirúrgicos de pequeno porte e laboratório citopatológico, e na atenção terciária a Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon), conhecido como Hospital do Câncer.

Entre os critérios de seleção das unidades de atenção básica, as escolhas levaram em consideração diferentes regionais de saúde do município de Rio Branco, além da identificação de características organização dos serviços e estrutura (unidades novas/antigas, com/sem residência médica/multiprofissional, características da equipe - centros de saúde que contam com ginecologistas no quadro de profissionais). A pesquisa se restringiu à capital, Rio Branco, por ser esta a única referência de serviços especializados da Amazônia Ocidental, onde se constata atendimento a mulheres de todos os municípios do Estado do Acre e de municípios de estados vizinhos (Amazonas e Rondônia).

A pesquisa foi realizada nos seguintes ambientes do SUS:

- 4 Unidades de Saúde da Família (USF)
 - Jardim Primavera – Bairro Jardim Primavera
 - Mariano Gonzaga – Bairro Laélia Alcântara (Calafate)
 - Platilde Oliveira – Bairro Tancredo Neves
 - Quinze I – Bairro Triângulo Velho
- 2 Centros de Saúde (Unidades de Referência à Atenção Primária - URAP)
 - Francisco Roney R. Meirelles – Bairro Adalberto Sena
 - Eduardo Assmar - Bairro Quinze
- 2 unidades especializadas
 - Centro de Controle de Oncologia do Acre (Cecon)

- Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon)

Foram realizadas 16 entrevistas em profundidade, do tipo aberta, baseadas na história de vida focal com ênfase nos caminhos percorridos a partir do diagnóstico de uma lesão uterina. As mulheres foram identificadas a partir de encontros nos ambientes das unidades de saúde ou indicações de profissionais, sendo selecionadas cinco mulheres em cada contexto de atenção à saúde (atenção básica, secundária e terciária) e uma acompanhante de usuária que relatou não ter conseguido acesso aos serviços, embora considerasse a necessidade (a situação, não prevista, foi considerada relevante para a pesquisa). A entrevista foi realizada e somada ao material empírico.

A entrevista em profundidade/aberta foi a técnica escolhida, mas ao enviar o projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa com o roteiro para a entrevista com as mulheres como uma lista de tópicos/temas a serem abordados foi sugerida a modificação do instrumento com a inserção de perguntas e respostas. A alteração foi realizada e esse instrumento, embora se assemelhe a uma entrevista semiestruturada, foi utilizado como um roteiro de assuntos a serem abordados. Na entrevista com as mulheres, foi priorizada uma conversa dialógica com ancoragem na própria narrativa de eventos, que permitisse expressão livre e menos orientada por perguntas pré-estabelecidas. Quando havia um encerramento de assuntos nas narrativas, recorria-se ao roteiro para identificar abordagens que não tivessem sido contempladas. O roteiro das entrevistas com as usuárias está no Apêndice A.

As entrevistas foram realizadas nos locais indicados como preferenciais para as mulheres: cinco entrevistas realizadas na própria residência; duas, em outros locais sugeridos por elas; e nove, nas unidades de saúde que estavam frequentando, sendo sete dessas mulheres moradoras de outras cidades. No total das entrevistas, oito usuárias são moradoras da capital, Rio Branco, e a outra metade era moradora de municípios variados das três regionais de saúde do Estado do Acre e uma de um município do Amazonas.

Uma usuária foi acompanhada de forma mais integral ao longo de seu itinerário terapêutico, com três entrevistas realizadas em diferentes momentos da trajetória. Sete usuárias tiveram acompanhamento parcial ao longo do tratamento, com alguns encontros, conversas informais não gravadas e/ou contatos telefônicos registrados no diário de campo e apenas uma entrevista gravada. Oito mulheres realizaram a entrevista gravada, mas não foram acompanhadas ao longo do itinerário, a maior parte delas moradoras de outros municípios.

Para ampliar a compreensão sobre as práticas relacionadas ao controle e ao tratamento do câncer de colo de útero na política pública e nos serviços de saúde foram selecionados 15 gestores, contemplando as pessoas que tinham cargos na condução da política pública em âmbitos nacional, estadual e municipal, coordenadores das unidades de saúde e do movimento social que atuam na linha de cuidado. Foram aplicadas entrevistas semiestruturadas, com 3 roteiros adaptados conforme as especificidades do trabalho (gestor estadual/nacional; gestor municipal; gestor regulação estadual/municipal) - Apêndice B. Os gestores entrevistados foram:

- 5 gestores da política pública (2 municipais, 1 estadual, 2 nacional);
- 5 gestores dos serviços de saúde municipal / estadual:
 - 2 Unidades de Saúde da Família;
 - 1 Centro de saúde;
 - 1 Cecon/ Centro de Controle Oncológico;
 - 1 Unacon/Hospital do Câncer.
- 2 representantes da ouvidoria de saúde - estadual e municipal;
- 2 representantes do serviço de regulação - estadual e municipal;
- 1 representante de movimentos sociais (Associação Amigos do Peito).

Foram realizadas um total de 31 entrevistas, sendo 16 de mulheres e 15 de gestores (incluídos gestores das políticas públicas, profissionais de unidades de saúde que ocupam função gerencial e coordenador de um movimento social).²⁴ No total, as entrevistas perfizeram 16 horas de gravação. Além disso, o trabalho de campo permitiu observar o cotidiano dos serviços de saúde e resultou no preenchimento de 59 páginas de diário de campo. Conforme as normas de ética em pesquisa, antes das entrevistas foram realizadas a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Apêndice C - em dois modelos distintos específicos para usuárias e gestores.

Listas dos entrevistados pela pesquisa:

Quadro 1. Dados das mulheres /usuárias que participaram da pesquisa			
Nome fictício	Idade	Local de contato	Município
Ivone	43	USF	Rio Branco
Elza	34	Cecon	Rio Branco
Clara	45	Unacon	Cruzeiro do Sul
Leci	39	Cecon	Capixaba (zona rural)

²⁴ Inicialmente havia sido prevista a realização de 25 entrevistas, 15 usuárias do SUS e 10 gestores. Ao longo do trabalho de campo foi incluída uma acompanhante de usuária que estava em tratamento, que relatou a necessidade de saúde relacionada a problemas no útero, mas dificuldades no acesso aos serviços. Entre os gestores, foram ao todo 15 entrevistas, tendo sido percebida a relevância de inserir os gestores das ouvidorias e serviços de regulação estaduais e municipais, e a entrevista piloto realizada com profissional que trabalha na execução da política pública.

Aracy	41	Cecon (acompanhante)	Capixaba (zona rural)
Teresa	52	Unacon	Guajará-AM (zona rural)
Roberta	27	Centro de saúde	Rio Branco
Elis	35	USF	Rio Branco
Marisa	29	Unacon	Senador Guiomard
Beth	35	USF	Rio Branco
Martinália	54	Cecon	Tarauacá
Clementina	37	Unacon (Amigos do Peito)	Jordão/ Rio Branco
Jovelina	26	Cecon	Feijó (zona rural)
Alcione	31	Centro de saúde	Rio Branco
Nara	48	Unacon	Rio Branco
Surica	60	Cecon	Brasileia

USF: Unidade de Saúde da Família

Fonte: elaboração própria.

Quadro 2. Dados dos gestores que participaram da pesquisa	
Nome fictício	Origem
Cecília	Municipal (SEMSA)
Clarice	Federal
Cora	Movimento social
Raquel	Estadual (ouvidoria)
Lygia	Estadual (Cecon)
Carlos	Municipal (USF)
Adélia	Estadual (Unacon)
Nélida	Municipal (Centro de Saúde)
Ana Cristina	Municipal (USF)
Ana	Municipal (SEMSA)
Ana Maria	Federal
Nisia	Estadual (SESACRE)
Hilda	Estadual (regulação)
Manuel	Municipal (regulação)
Florabela	Municipal (ouvidoria)

Fonte: elaboração própria.

O critério de inclusão restringiu a pesquisa a mulheres de 25 a 64 anos, por ser a faixa etária priorizada para a realização de exames preventivos conforme as diretrizes brasileiras (INCA, 2012). Na gestão da política pública, o critério de inclusão para a realização da entrevista semiestruturada foram os gestores(as) identificados(as) em funções e cargos estratégicos no período de realização da pesquisa. Foram incluídas as pessoas que concordaram em participar e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O critério de exclusão contemplou mulheres que se recusaram a participar da pesquisa ou que não quiseram assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Nenhum gestor contatado se recusou a participar da pesquisa.

4.4 ANÁLISE E ASPECTOS ÉTICOS

Considerando a abordagem metodológica da pesquisa e assumindo que os métodos são complementares e capazes de elucidar diferentes aspectos da realidade, foram usadas as técnicas de entrevista em profundidade, observação direta e participante-como-observador durante o trabalho de campo realizado nos meses de maio, junho e julho de 2014. Os registros foram sistemáticos, captando impressões, comportamentos, descrição de ambientes, conversas informais e outros elementos do contexto local.

Foram feitos registros fotográficos como apoio à análise, com o objetivo de ampliar a compreensão do material empírico. A fotografia foi utilizada como um método de apoio à pesquisa qualitativa, um dado primário que registra lugares e situações reais, situadas no tempo de realização da pesquisa (LOIZOS, 2002). Os dados visuais capturados foram utilizados para visibilizar os caminhos e ambientes percorridos nos itinerários de usuárias, de forma a contribuir para a compreensão e análise das narrativas. Não foram realizados registros fotográficos que identificassem usuárias, gestores e/ou profissionais de saúde.

As entrevistas foram registradas em gravador de voz digital e transcritas literalmente, seguindo a narrativa dos sujeitos. Essas foram lidas, analisadas e confrontadas com o discurso gravado, sendo também levadas em consideração as reações e entonações que não figuram nas palavras escritas. As transcrições e os diários de campo foram analisados individualmente pela pesquisadora, com momentos de análise coletiva com a orientadora, visando ampliar a capacidade de elaboração a partir do material empírico.

As unidades analíticas das narrativas são os enunciados, considerados como unidade real da comunicação discursiva por Bakhtin (2011), que contemplam um assunto, experiência ou reflexão. Essas unidades foram delimitadas pela alternância dos sujeitos no discurso (uma resposta ao entrevistador) ou abranger alternâncias entre os interlocutores (mais de uma resposta, entremeada por perguntas, dada a posição responsiva do entrevistador) até que se considerasse o encerramento de uma ideia ou assunto.

A análise partiu das entrevistas e observações de campo, constituindo os constructos relacionados às três categorias emergentes da pesquisa: *diálogo*, *direito* e *vínculo*. Essa configuração foi definida mesclando as questões exploradas nos discursos acerca da experiência do itinerário terapêutico com o modo como foram narradas. As questões versavam basicamente sobre a informação e a comunicação no cotidiano das usuárias, relacionadas às redes sociais de convívio e aos serviços de saúde. Essa ordem permitiu que

houvesse uma sequência na narrativa e uma representatividade das questões que se apresentam nos itinerários analisados.

Os resultados foram expressos através de textos analíticos privilegiando os discursos dos entrevistados, com observações e comentários de permeio, que visam dar maior clareza às representações dos mesmos sobre os fenômenos vividos e relacioná-los com os aspectos teóricos e metodológicos da pesquisa. Os fragmentos do discurso foram apresentados na íntegra, com eventuais e pequenas modificações que permitem que o leitor entenda o conteúdo e o discurso narrado.

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio / Fiocruz, sob o parecer nº 629.830 (Anexo A). Houve apresentação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Apêndice C - por todos os entrevistados. As entrevistas foram arquivadas em computadores próprios da pesquisadora, sendo os trechos ou a íntegra divulgados ou expostos apenas com fins de difusão dos resultados da pesquisa nas publicações decorrentes da mesma. A identidade dos entrevistados foi preservada, mantendo-se as recomendações de sigilo das informações. Nas citações que foram incluídas na tese ou em futuras publicações, os sujeitos entrevistados são referidos com nomes fictícios, acompanhados da designação “usuária” ou “gestor(a)”, com identificação genérica do lugar de fala.

5. DIÁLOGO, DIREITO E VÍNCULO: TRIPÉ CONCEITUAL DAS PRÁTICAS DE COMUNICAÇÃO PARA INTEGRALIDADE EM SAÚDE

O excedente da minha visão contém em germe a forma acabada do outro, cujo desabrochar requer que eu lhe complete o horizonte sem lhe tirar a originalidade. Devo identificar-me com o outro e ver o mundo através de seu sistema de valores, tal como ele o vê; devo colocar-me em seu lugar, e depois, de volta ao meu lugar, completar seu horizonte com tudo o que se descobre do lugar que ocupo, fora dele; devo emoldurá-lo, criar-lhe um ambiente que o acabe, mediante o excedente de minha visão, de meu saber, de meu desejo e de meu sentimento. Quando tenho diante de mim um homem que está sofrendo, o horizonte da sua consciência se enche com o que lhe causa a dor e com o que ele tem diante dos olhos; o tom emotivo-volitivo que impregna esse mundo das coisas é o da dor. Meu ato estético consiste em vivenciá-lo e proporcionar-lhe o acabamento (os atos éticos — ajudar, socorrer, consolar — não estão em questão aqui). (...) Com efeito, vivida internamente, a situação daquele que sofre pode levar a um ato ético — ajuda, reconforto, especulação cognitiva — e, de qualquer modo, após nos termos identificado com o outro, devemos voltar a nós mesmos, recuperar nosso próprio lugar fora daquele que sofre, sendo somente então que o material recolhido com a identificação poderá ser pensado nos planos ético, cognitivo ou estético. Se não houver essa volta a si mesmo, fica-se diante de um fenômeno patológico que consiste em viver a dor alheia como a própria dor, de um fenômeno de contaminação pela dor alheia, e nada mais. (BAKHTIN, 2011, p.45-47).

A citação de Bakhtin (2011) é uma inspiração para a análise, que evidencia as práticas de comunicação na linha de cuidado do controle de câncer de colo do útero, levantadas a partir dos itinerários terapêuticos de mulheres e de entrevistas com gestores, mas que se mostraram para além das narrativas, em gestos, silêncios, entonações e olhares nas situações presenciadas. As questões que surgiram no trabalho de campo foram relacionadas ao tripé de conceitos emergentes - diálogo, direito e vínculo - que se cruzam e se interligam nas experiências e contextos analisados, embora mantenham singularidades quando se avança na perspectiva da integralidade em saúde. A apresentação no texto foi dividida em três subcapítulos nomeados itinerários do diálogo, do direito e do vínculo, que descrevem situações entrelaçadas com questões teóricas trazidas ao longo da tese.

O diálogo é o meio para observar os enunciados, relação da comunicação com o direito à saúde e os vínculos. A interação verbal realizada entre sujeitos contempla uma reciprocidade que constrói sentidos e significações. A perspectiva bakhtiniana está presente nas relações entre discursos, que se apresentam em uma multiplicidade de vozes sociais, onde

linguagens estão comprometidas com visões de mundo e contextos sócio-históricos (BAKHTIN, 2011; VOLOCHINOV/BAKHTIN, 2002). Na busca das mulheres por cuidado, há interações entre diversos sujeitos, onde elas acumulam saberes e experiências cotidianas em larga escala. Em seus enunciados estão presentes vozes, transparecem valores, são reproduzidos conhecimentos. No entanto, suas vozes não têm sido reconhecidas como contribuições legítimas para avaliar ou contribuir em serviços de saúde e políticas públicas.

Os itinerários do diálogo reúnem usuárias e gestores que apontam questões relacionadas à interação dialógica no cotidiano dos serviços de saúde, à divulgação feita pelos meios de comunicação e também à construção de conhecimentos na experiência da enfermidade pela apreensão de discursos dos outros, onde ganham visibilidade valores e visões de mundo. Os enunciados exibem compreensões diferenciadas sobre a comunicação pelas usuárias (interpretação de experiências por construção dialógica de discursos) e pelos profissionais e gestores (transmissão de informações oficiais por meios tecnológicos). A necessidade de informação chega a ser apontada por uma usuária como “direito de buscar uma resposta para o que está vivendo”, o que pode incentivar outras formas de ser ouvida e considerada: buscando diálogo com autoridades ou denunciando na imprensa.

O direito à saúde busca dar visibilidade às demandas das mulheres na relação com os serviços de saúde, o que passa pelo reconhecimento de seu discurso como legítimo e se concretiza no vínculo da usuária com os serviços ofertados. Os usuários do SUS têm direito à participação nas instâncias representativas como os conselhos e conferências de saúde mas não têm sido considerados como seres políticos no cotidiano dos serviços de saúde. Conforme a compreensão do conceito de direito à comunicação, aos sujeitos deve ser garantida a oportunidade de exercer sua cidadania por meio de práticas discursivas, ter acesso a espaços e meios que garantam a liberdade de expressão e de participação na construção de políticas públicas (LIMA, 2011b; INTERVOZES, 2010). A efetivação desse direito passa pela alteridade e inclusão do outro em sua diversidade social e cultural. A alteridade está presente no princípio dialógico que funda o ser humano, para Bakhtin (2011), pois o sujeito reconhece a si mesmo por meio do diálogo com o outro, em todo enunciado as palavras dos outros são assimiladas, em maior ou menor grau. “Reconhecer a dialogia é encarar a diferença, uma vez que é a palavra do outro que nos traz o mundo exterior” (PIRES, 2002, p. 41).

Nos itinerários do direito há enunciados que evidenciam como a garantia ou não do direito à saúde pode estar relacionada com o diálogo, o vínculo e a responsabilização na interação entre usuárias e profissionais. Nesse subcapítulo são levantadas experiências sobre a

longa espera de exames ou a insistência para ter um atendimento, havendo questionamentos sobre como essas situações se configuram em um direito universal à saúde. Como um elemento fundamental à efetivação do direito à saúde, é trazida a noção de direito à comunicação, que passa pela visibilidade dos usuários e reconhecimento de suas reivindicações nas interações com os serviços.

A comunicação também é analisada nas normativas da política pública, a partir dos enunciados de gestores, onde são destacados a compreensão do conceito, as práticas institucionais e o processo de produção de normas, diretrizes e materiais informativos. Os espaços institucionais de direito à voz são apresentados nos exemplos da ouvidoria estadual, em que uma usuária denunciou um equipamento quebrado e conseguiu fazer um procedimento uma semana depois, e do comitê de mobilização, promovido pelo Ministério da Saúde/ INCA em encontros com lideranças do movimento de mulheres.

O vínculo se constitui pelo diálogo, escuta qualificada, respeito aos saberes das pessoas e valorização da fala dos sujeitos. Ele se materializa pela compreensão das necessidades do outro, a partir de atitudes responsivas e responsáveis em busca de resolubilidade a uma questão, em busca por direito à saúde. No entanto, é preciso considerar a existência das relações de poder entre profissionais de saúde e usuários nas interações que passam pelo encontro de visões de mundo diferentes. A comunicação dialógica nas trocas de saberes e negociações sobre compreensões variadas do processo saúde-doença podem favorecer o vínculo (JORGE *et al.*, 2011; OLIVEIRA, 2002).

Os itinerários do vínculo trazem histórias que ilustram como as relações de confiança entre profissionais de saúde e usuários podem influenciar na continuidade do cuidado e o quanto os relacionamentos sociais, que incluem familiares, amigos e profissionais dos serviços, interferem sobre os caminhos terapêuticos, levando a uma autorregulação independente do que é preconizado pela rede assistencial. Outras duas situações abordadas estão na responsabilização do profissional pela situação do outro, que implica em alteridade, bem diferente de responsabilizar o outro por sua situação de saúde, quando se culpabiliza o usuário por atitudes ou comportamentos. Os enunciados nos mostram ainda o quanto as usuárias respondem ativamente aos conhecimentos e informações que recebem, nem sempre de forma imediata, mas certamente dialógica, seja no compartilhamento dos saberes com outras mulheres nas salas de espera ou nas narrativas construídas a partir das suas palavras e da dos outros. Por fim, são trazidos vínculos em dois aspectos que envolvem o poder simbólico: no acionamento de pessoas na rede de relacionamentos pessoais com autoridade

para transpor o desenho oficial da regulação e na realização do exame preventivo do câncer de colo de útero como um condicionante para o recebimento do Bolsa Família, uma regra naturalizada pela eficácia simbólica da Secretaria Municipal de Saúde, que existe de fato, mas não de direito, mas que tem garantido a ida periódica de mulheres de baixa renda às unidades de saúde.

5.1 ITINERÁRIOS DO DIÁLOGO

5.1.1 Diferenças na comunicação: dos discursos às práticas

Roberta mora em Rio Branco, tem 27 anos e uma filha com 11. Ela fazia preventivo regularmente, pois explicaram para ela assim: faz de seis em seis meses, se não der nada, pode fazer anualmente. As amigas a chamavam de exagerada, mas quando deixou de fazer por um tempo, deu problema. Ela fez um exame em julho de 2012 e no começo de 2013 a agente de saúde passou na sua casa e avisou que tinha dado uma alteração. Ela foi duas vezes ao centro de saúde e não encontraram o exame, nem souberam explicar o que era. Como tinha acabado de entrar no trabalho, não podia ficar faltando, deixou para resolver mais à frente. Um ano depois, sentindo dores, o pai a levou à maternidade (que atende emergências ginecológicas). O médico viu uma mancha e uma ferida, receitou uma medicação e indicou que fizesse um novo preventivo, seguido de tratamento com ginecologista. Ela fez o exame preventivo no mesmo centro de saúde do exame anterior, mas dessa vez levou uma amostra para um laboratório particular, porque queria rapidez. No resultado deu apenas a inflamação, nenhuma alteração. Por indicação de amigas que já fizeram tratamento, escolheu uma ginecologista do SUS, de outro centro de saúde: “mais famosa no meio, né, que ela resolve mesmo, atende bem, tira as dúvidas da gente (...) e se tiver que fazer o tratamento, ela mesmo vai fazer. Eu me senti mais segura”. Como conhece a tia de uma amiga que trabalha no mesmo centro de saúde que a ginecologista atende, ficou mais fácil para ela marcar uma consulta, pois não tem como ficar indo lá. No seu trabalho não tem liberação fácil. Na consulta foi confirmada uma mancha, a médica fez o encaminhamento para a colposcopia na unidade de atenção secundária – Cecon e pediu uma ultrassonografia da mama, essa última feita em clínica particular. Ao final da consulta, quase não conseguiu agendar a colposcopia no Cecon pelo centro de saúde por não ser da área de abrangência da unidade. Precisou insistir. Não entendeu como funciona o encaminhamento, mas ficaram de ligar para ela ir lá, para saber o

dia da consulta. Ela vai tentar se informar melhor no próximo retorno agendado com a médica do centro de saúde.

Roberta: Eu acho, assim, que tem várias campanhas, né, conscientização... Só que no falar é uma coisa, na prática é totalmente diferente. Então, só quem tá passando é que sabe, quando a gente precisa realmente é difícil, é complicado. Porque você tem que ter o agendamento, você tem que depois ir confirmar esse agendamento, aí outro dia pra outra coisa. Então, pra uma pessoa que tem uma vida corrida, que trabalha, que estuda, que tem filho, tem casa, pra gente que vive assim, pra mulher de hoje, vamos colocar assim, é complicado pra cuidar da saúde. No caso deles, quando eles me procuraram, só disseram que tinha uma alteração, mas não colocaram qual era a alteração e nem procuraram entrar em contato comigo de outra forma, no meu trabalho, não me ligaram, procurar me informar melhor... Quando eu fui procurar também não souberam dizer nada, então fica aquela coisa vazia, o quê que tá acontecendo? Então, ficou essa pergunta. Novamente, eu tô passando pela mesma coisa, porque fui encaminhada fiz a... fui lá pra agendar e, até agora, ninguém fala nada, quando eu vou atrás eles não sabem explicar. Aí mais outra complicação. Então, eu acho assim: tem campanha? Tem. Tem conscientização? Tem. Mas fica mais fácil pra quem tem o dinheiro pra ir pagar tudo e fazer tudo ali certinho. A gente, que depende do SUS, é um pouco complicado, fica mais difícil. Porque é muita burocracia, eles mesmo complicam pra gente. Diz que a gente tem que procurar, tem uma UPA ali, tem um postinho de saúde acolá, mas não é você chegar e ser atendido, tem todo aquele processo. Isso é complicado, é o que complica mais pra mim, né?

Entrevistadora: O que seria o ideal pra você?

Roberta: Assim, no caso, que nem eu falei da outra vez... Na entrevista do (nome de um médico, em um programa de entrevistas na TV), que eu achei legal, um projeto que eles têm, né, de colocar um horário mais flexível, compatível com o da gente, né? Ter um horário com atendimento à noite, a partir de certo horário. E que fosse assim: se a gente consultar ali, fazer o exame e já ter tudo agendado, os dias certinho pra gente voltar, pra não ter que tá indo na dúvida, voltando, eu acho que isso daí ia melhorar mais, né, facilitar mais...

Entrevistadora: E onde mais você busca informação, quando você tá na dúvida?

Roberta: Eu procuro conversar com algumas amigas, conheço bastante gente do meio, enfermeiras, assim. E eu sempre fui muito de assistir jornal, é uma paixão que tenho. Então, eu procuro tá informada sempre, mesmo que eu não seja passando por aquele problema, eu procuro tá sempre informada. Então, assim, não vou dizer que não me assustou, me assustou bastante, porque passa mil e uma coisa na cabeça da gente, né, quando chega pra você: *“Você tem uma alteração, você tá com uma mancha assim, assim”*. Você vê histórico, que hoje em dia tá bem..., assim, né, uma coisa que tá ficando quase que comum, uma mulher ter câncer no colo do útero, né? Então fiquei assustada, fiquei bastante assustada com a situação. Mas eu já sabia como, é... iniciar o tratamento, aonde procurar o tratamento. Então, pra mim, já foi mais fácil aí, porque não tava desinformada.

Entrevistadora: Você disse que tem pessoas que você conhece, que tem proximidade, que tão no serviço de saúde. Você acha que isso facilita?

Roberta: Facilita algumas vezes, assim, no caso de pegar um encaminhamento, pra ajudar a gente a saber quais os dias de consulta do

médico. E várias outras áreas, assim, é tanto na informação, quanto pra ajudar na consulta. Então, é muito bom pra mim, assim, esse tipo de ajuda.

(...)

Mas é o que eu estou te falando, essas sobre o câncer de mama, o câncer do colo do útero, saúde da mulher em si, é... chega a informação, chega..., vamos colocar assim, o pessoal faz aquela mobilização, mas o tratamento é complicado, na prática pra você procurar é complicado, né? Eu acho que do jeito que eles modernizam, assim, no caso de levar até a gente o problema, eles deveriam fazer o atendimento ficar moderno também, né? Compatível com a gente. Que, no caso, a gente que tenta se encaixar. No momento a gente que tá tentando se encaixar. Acho que é isso que tem que melhorar. (ROBERTA, entrevista 08 – usuária - Centro de Saúde)

Roberta traz vários questionamentos e tensões a partir das práticas concretas dos serviços. Quando precisou ela conseguiu acesso, fez exames e foi atendida. Mas não está satisfeita com os processos burocráticos, as falhas, a falta de informação nos serviços e por ter dificuldade de se encaixar no modelo ofertado. Seu itinerário terapêutico mostra como as pessoas podem criar estratégias e se autorregular pela rede de serviços de saúde, sem seguir os caminhos oficiais predeterminados. No seu caso, ela leva o exame no laboratório particular para sair mais rápido, escolhe a médica em um centro de saúde distante de sua residência por indicação das amigas e articula a marcação da consulta com a ajuda da tia da amiga. Os sujeitos envolvidos buscam soluções inventivas para superar as dificuldades percebidas nos serviços assistenciais, segundo Teixeira (2007).

No contexto local de saúde em que ela se insere, há uma cobertura de serviços considerável, o que nos leva a pensar que o problema está mais relacionado ao modelo de atenção do que exatamente ao acesso a unidades e procedimentos, como acredita Teixeira (2007). O autor ressalta que na concepção de integralidade à saúde, o modelo que precisa ser revertido não é o tecnoassistencial mas sim o comunicacional, que inclui a integração do outro e a mudança da relação de poder entre profissionais e usuários.

Para ela, a comunicação oficial, que chega à população via meios de comunicação de massa, parece funcionar bem. Mas a comunicação dialógica, que acontece na interlocução e nas interações com os profissionais nos serviços de saúde, apresenta alguns problemas. Na crítica que ela apresenta, a quantidade de informação sobre campanhas e prevenção é boa, mas a “modernização” apresentada nesse âmbito não é acompanhada no atendimento. Na prática, são muitas idas e vindas, espera e “vazios” de informação. Mesmo se considerando uma pessoa “desenrolada” e bem informada, ela fica com várias dúvidas sobre o

funcionamento dos serviços, o que os próprios profissionais não souberam responder em diferentes momentos de sua trajetória.

Roberta aponta vários discursos que constroem suas concepções sobre saúde e a situação vivida, em que são identificadas gente do meio (enfermeiras), os jornais que assiste, as campanhas. Algumas vozes são explícitas, exemplos de polifonia, como a indicação de amigas sobre a médica e uma fala do médico, que ela apresenta em discurso citado. Também vale destacar o discurso do médico que foi entrevistado em um programa de TV, que ela nomeia e aponta as propostas de mudanças nos serviços que a interessam: integração dos serviços num mesmo local e horários no turno da noite.

O dialogismo e a polifonia são conceitos importantes da obra de Bakhtin. O dialogismo é princípio dialógico pelo qual o indivíduo constitui a linguagem e compreende a realidade a partir da apreensão do discurso do outro. A polifonia é a presença explícita do dialogismo no texto, a visualização ou citação de diferentes vozes que coexistem e que se abrem a significações, ampliando pontos de vista. (BAKHTIN, 2011; BARROS, 2005)

A interpretação de uma enfermidade se constitui pela aquisição de conhecimentos por diferentes meios e experiências, situadas em histórias particulares. Essa compreensão tem uma dimensão temporal, pois é ressignificada continuamente nas interações com familiares, vizinhos e amigos (ALVES, 1993).

5.1.2 A busca por respostas e formas de ser ouvida

Clara tem 45 anos, é casada e mora na cidade de Cruzeiro do Sul, no Acre, onde é professora, formada em Pedagogia e licenciada em História. Ela teve diagnóstico de câncer de colo de útero e foi entrevistada no período em que fazia tratamento de radioterapia na Unacon / Hospital do Câncer. Desde o primeiro encontro, ela falou sobre as dificuldades que tem encontrado no serviço de saúde para ser mais bem informada sobre as situações que está vivendo. Desde 2008, sempre fazia exames preventivos anuais com o ginecologista no serviço particular. Por causa de um sangramento, em 2014, adiantou a consulta. O médico fez o preventivo, disse que o útero estava irritado e que, provavelmente, teria que fazer uma cirurgia para retirada de pólipos. Antes mesmo de receber o resultado, ela resolveu se consultar com outra médica, que atende na cidade aos fins de semana, que colheu material para uma biópsia e já fez um encaminhamento para Rio Branco. Os dois exames confirmaram

a presença de células cancerígenas e em pouco mais de um mês ela recebeu a passagem para Rio Branco pelo serviço de Tratamento Fora de Domicílio (TFD) da Secretaria de Estado de Saúde. Ela considerou demorado, pois pesquisou na internet que o tumor adenocarcinoma é muito agressivo e logo se espalha. Ficou apreensiva, mas diz que como não tem clínica particular que ofereça esse tratamento no estado, “fica à mercê de esperar pelo o SUS”.

Clara: É. quando terminou... quando eu fiz os procedimentos do encaminhamento de início em Cruzeiro do Sul, né? Em fevereiro, depois do carnaval, na quinta-feira de fevereiro depois do carnaval. Mas eu só cheguei aqui em Rio Branco no dia 6 de abril, né? Então, teve mais de um mês, né, pra que fosse organizado, pra que fosse liberado passagem, pra que tivesse vaga aqui na Unacon, né? Então, isso aí é uma demora, mas que foge do controle da gente. A gente não pode resolver, como eu falei anteriormente. Até porque, tudo é, do tratamento, é público, né? Aqui em Rio Branco não tem aparelhos em clínicas, em hospitais particulares que possam oferecer esse tratamento. Então, a gente tem que esperar que chegue uma vaga pra gente, né? E aqui eu estou fazendo o tratamento. Teve um período de... que parou. Porque, quando eu cheguei, a partir do dia 14 que eu iniciei, teve a Semana Santa, o feriado, então, a gente iria retornar, todos que estão fazendo esse tratamento, no dia vinte e ... no dia 22, que dia 21 também foi feriado. Mas quando a gente chegou aqui, infelizmente, a máquina tava quebrada, né? E isso é muito difícil pra gente que está fazendo tratamento, né? Aí, mas nós voltamos pra casa. Nós não fomos avisados no primeiro momento. Mas no segundo dia, pra gente voltar, nós voltamos e também não estava. Então, no dia 24 que nós viemos, a gente conseguiu fazer, só que infelizmente a máquina quebrou novamente, né? Com certeza a máquina não estava totalmente pronta. E a gente parou, parou mais de quinze dias, vinte e pouco dias. Retornamos no dia 9, no dia 9 de maio. E até então, nesse intervalo, eu senti, assim, falta de comunicação, de informação, de colocarem pra gente, assim, o que realmente estava acontecendo. Então, eu vim aqui no dia 26, se eu não me engano, eu vim aqui num dia de segunda feira, procurei a diretora aqui da unidade, da Unacon, e graças a Deus que me direcionaram à sala dela e eu pedi informação.

Entrevistadora: Você já veio direto pra conversar com a direção?

Clara: Foi, eu vim. Bom, na minha vontade, assim, quando eu amanheci o dia, nesse dia, me deu vontade de ir na imprensa. Só como eu não tinha algo palpável para dizer o porquê a gente não estava fazendo tratamento, porque é sempre bom a gente estar em cima da verdade, nas coisas corretas, né, o problema mesmo. Então, eu vim aqui, achei melhor eu vir aqui, e ir com a diretora. Então, ela me informou, né, que era porque a máquina estava quebrada, essa peça não tem aqui no Brasil, ela tem que vir da Argentina, até porque todo o processo de licitação e compra, aquela coisa toda e contratos, e a empresa lá não estava cumprindo, não cumpriu com o prazo, né? Não sei se foi de manutenção, ou de essa peça que já vinha com problema e tava aí só se arrastando, né, o tempo de vida da máquina. Mas só que a gente, eu vejo assim, a gente, como paciente, a gente ouve, mas não entende porque que isso acontece. Porque a saúde é algo assim prioritário. Então, a gente sabe que do jeito que na casa da gente, a gente precisa estar prevenida: um gás que falte, pra não dar transtornos, né? Água, seja lá o que for. A gente precisa estar ali fazendo manutenção, revisão. Ter sempre algo. Um gás, ter

sempre dois, pra que quando falte já tenha outro. Então, a gente leva isso... a gente que é profissional, é dona de casa. Que eu sou funcionária pública, né, e eu tenho muito cuidado no meu trabalho... (CLARA, entrevista 04 – usuária - Unacon)

Em seu enunciado, em um primeiro momento, Clara se sente refém das determinações do sistema público, pois tem que esperar pelas resoluções do encaminhamento, sem a agilidade e autonomia que costuma ter ao marcar consultas e exames no serviço particular. Considerando que a concentração de informações sobre o SUS para usuários se dá prioritariamente no âmbito dos conselhos e conferências de saúde, as pessoas que vivem o cotidiano dos serviços podem ter uma participação limitada por desconhecerem os mecanismos institucionais existentes (GUIZARDI; PINHEIRO; MACHADO, 2005). Em sua experiência na unidade de saúde, ter uma explicação da diretora e pensar em denunciar na imprensa pode ser a forma de participação encontrada por Clara para tentar intervir na situação vivenciada. É possível perceber a potência de outras formas de participação que são cotidianamente buscadas de forma direta, dentro e fora dos espaços institucionais do SUS, mas não tem visibilidade nem legitimidade para interferir na organização dos serviços.

Clara ouve a gerente da unidade, descreve o diálogo em que ela explica a lógica burocrática, mas confessa não entender como um serviço prioritário fica sem funcionar. Ela coloca a importância de estar prevenido, fazer manutenção e associa isso à sua própria responsabilidade como profissional e dona de casa. Ela torna visíveis seus valores como sujeito social frente à situação que lhe é apresentada, de certa forma questionando os valores institucionais. Para Pinheiro (2010), a responsabilidade é o *ethos* do cuidado como valor, que se corporifica no sentimento de pertencimento público. O exercício da responsabilidade é um vetor da produção do cuidado e um valor do direito à saúde.

Muitos usuários do SUS não identificam a saúde enquanto direito-dever e associam esse direito ao pagamento de impostos, o que transparece na fala de Clara durante a entrevista: “E a gente busca os nossos direitos, porque a gente paga os nossos impostos. (...) E a gente precisa ter esse retorno quando a gente realmente precisa, na saúde, na educação, na infraestrutura, em tudo”. Segundo Asensi (2011), a superação dessa cultura política é importante para a compreensão dos limites e estratégias de efetivação do direito à saúde a seus titulares, que muitas vezes leva a uma postura passiva.

Na situação vivida por Clara, o que a tirou de uma atitude passiva foi o que considerou como falta de comunicação e de informação e, na sequência da entrevista, ela associa essa

busca a um direito: “(...) a liberdade de expressão, e nós temos direito a isso. Não de chegar, fazer baderna, gritar, desrespeitar ninguém. Mas todos têm direito de buscar uma resposta para o que está vivendo”. Embora apresente uma postura ativa e responsiva, ela nomeia e agradece a Deus por ter sido direcionada à sala da diretora da unidade.

Alguns autores, como Hanks (2008), destacam como pontos centrais da análise as descrições de momentos e lugares, valores e as referências a nomes e autoridades – como Deus, no discurso religioso - como formas de assegurar a veracidade da declaração. Ao associar a leitura de Bakhtin ao campo da saúde, Corrêa e Ribeiro (2012) abordam a posição ativa do destinatário do discurso e chamam a atenção para a posição responsiva dos sobredestinatários. Estes não possuem visibilidade, mas se presentificam nos enunciados como Deus, a moral, a ciência e outros elementos, reforçando a influência das forças sociais na forma como os discursos são construídos e apreendidos (CORRÊA; RIBEIRO, 2012).

No enunciado de Clara, a interpretação sobre sua experiência de adoecimento é feita a partir de variados discursos, dando visibilidade ao dialogismo (BAKHTIN, 2011; BARROS, 2005). A busca de informações sobre seu problema foi feita pela internet, com o apoio do marido, logo que soube do diagnóstico pelo exame preventivo. Clara cruza informações que recolheu da internet com a dos médicos que a atenderam e assim constrói seu entendimento sobre a enfermidade, confrontando esses conhecimentos com a experiência vivida.

Clara: (...) No dia que recebemos o exame, o preventivo, o resultado, o meu marido foi, e a gente já tinha, quando chegou, né, a gente foi pra internet, pesquisou e tivemos já alguma informação. E assim, no que fala, no geral, assim, na linguagem, assim, da técnica, ele é assustador. Mas então quando nós chegamos lá na doutora, né, (nome da médica), ela disse não, ela dizendo que... Lá, segundo... diz que é um tumor raro, né, câncer raro, mas segundo ela disse: “*Não, no Brasil é o segundo que tá atingindo pessoas, né, e tem cura*”. Lá também disse, mas que era difícil, o tratamento seria através de cirurgia e/ou radioterapia. Então, eu já tinha essa noção, né? Mas aí ela falou, né, que não, hoje esse câncer aí, ele já está assim mais comum, né? E é tratável, graças a Deus, que não é uma coisa, assim, como tem uns que quando aparece já é estágio final e não tem cura, né? Mas...

Entrevistadora: E ela te falou que foi também no começo, né?

Clara: Isso. E segundo ela, e aqui, o médico quando cheguei aqui, né? Que ficou pra mim estar aqui dia seis de abril, vir, né, pelo TFD, que dá a passagem, né? E dia seis já era minha consulta. Aí aqui o doutor (nome do médico), que é o médico que tá me acompanhando, ele também confirmou, né, que era de início... Isso é muito bom, né, porque, assim, de... quando chegou a biópsia, eu não mostrei pra doutora lá porque eu já cheguei, eu vim antes, né, que ela só vai nos finais de semana. Aí eu já vim logo né, assim... já foi a passagem eu já fiquei na espera e quando chegou o exame, chegou logo em seguida também d’eu viajar. E aí eu não fui mais lá, né? Mas aqui ele me falou que tava no início, né? Era um tratamento simples, né, mas que

preci... era a radioterapia, né? Mas, assim, muitos esclarecimentos eu não tive em relação, né? Só o que eu já sabia, assim, que eu pesquisei. E ele falou que era um tratamento simples, né? A radioterapia ia resolver, poderia fazer também a cirurgia, mas que geralmente quando faz a cirurgia é preciso fazer a radioterapia. E nesse caso, como estava de início, só a radioterapia resolvia o problema, né? E a gente, né, acredita no que o médico fala, né? Porque a gente tá ali, eles são os médicos. E eu, se Deus quiser, e eu sei que ele já está abençoando, que vai ser só isso mesmo, né? Então, não precisava fazer a cirurgia porque ia ser dois tratamento que não ia ser assim... que um só poderia resolver. Então, eu fiquei mais feliz por isso, né? (CLARA, entrevista 04 – usuária - Unacon).

Clara vai desconstruindo a sua primeira impressão de doença assustadora obtida via internet, juntando as vozes autorizadas que trazem outros conhecimentos à sua compreensão. Ela nomeia a médica e cita seu discurso. Posteriormente, nomeia o médico e descreve sua fala, como forma de legitimar e comprovar os dados apresentados. O conteúdo do discurso direto da médica é relevante: tem cura. Quando afirma que o câncer é tratável, faz referência também a outra autoridade: Deus.

As informações do médico não acrescentaram muito ao que ela pesquisou na internet sobre o tratamento: cirurgia e radioterapia. De certa forma, ela não demonstra estar totalmente convencida, mas diz acreditar no que o médico fala sobre o tratamento só com radioterapia, afinal, ele é a voz legitimada, ou, segundo Hanks (2008), possui a eficácia simbólica para impor suas convicções e naturalizar o que diz, no caso, a decisão sobre o tratamento. Na falta da possibilidade de ter sua voz na decisão, ela nomeia Deus como uma autoridade a influenciar no encaminhamento do tratamento, trazendo-o para o diálogo.

A partir do enunciado de Clara, podemos considerar como um gênero discursivo o conhecimento científico reconhecido como verdade. Ela tem a noção de que o saber do médico, por ser científico, não deve ser contestado. “Porque a gente tá ali, eles são os médicos”, ela confirma. No seu discurso, no entanto, ela de certa forma reage a essa “verdade estabelecida” buscando construir seu entendimento sobre a situação com outras vozes, entre elas as disponíveis pela internet.

Gêneros discursivos são enunciados estáveis que incorporam visões de mundo, presentes nos diferentes discursos que coexistem na linguagem. Os gêneros são considerados um material linguístico concreto situado nas práticas sociais e se caracterizam como primários (percebidos nos diálogos cotidianos) e secundários (disponíveis em suportes materiais e digitais). O gênero secundário se ressignifica no primário à medida que as pessoas conversam e trocam compreensões sobre o que viram, ouviram ou leram. Embora muito usados pelas

peessoas, elas não costumam ter consciência de suas aplicações ou parâmetros (BAKHTIN, 2011).

A composição heterogênea e complexa da internet abrange diferentes campos de atividade e comporta interações entre variados formatos verbais e não verbais (imagem, som, audiovisual, texto) e tipos de discursos (cotidiano, científico, oficial e outros). Para Irene Machado (2005a, p. 162), há uma expansão da criação de gêneros na comunicação mediados pela tecnologia, que formam uma “polifonia urbana”. A internet contempla diversas esferas de produção discursiva, com os códigos culturais de linguagens que se atualizam nesses suportes.

A profusão de informações na rede digital nem sempre garante o encontro de dados apropriados ou verdadeiros para a compreensão de questões de saúde e a população muitas vezes não está habituada às características da linguagem científica. Mas é inegável a possibilidade crescente de acesso a múltiplos campos de conhecimento pela população – com diferentes níveis de renda e escolaridade, proporcionados pela internet²⁵. Nesta pesquisa, a internet é citada literalmente como fonte de informação por sete das dezesseis usuárias entrevistadas. E essa busca ajuda dar sentido às informações captadas nos serviços de saúde.

A compreensão dos sinais e sintomas passa pela interação e comunicação com familiares e pessoas próximas, pois a experiência de adoecimento ganha significado pelo sujeito através do diálogo com outros interlocutores (ALVES, 1993).

5.1.3 Informação para o usuário se adaptar à lógica do serviço

Adélia é gestora de uma unidade de saúde estadual e diz manter abertos espaços para diálogo com usuários quando eles buscam esclarecimentos, o que é confirmado no discurso anterior de Clara. No enunciado abaixo, ela descreve algumas situações em que a reclamação ou sugestão do usuário levou à reorganização dos serviços.

Adélia: (...) Havia uma reclamação muito grande da nossa fila, né, de espera, nas operações, no tocante à mama. Então, a partir dali, a gente procurou organizar essa situação, inclusive trazer um outro profissional pra

²⁵ De 2005 a 2011, o contingente da população em idade ativa que utilizou a internet no Brasil aumentou 143%. No Acre, o aumento deste percentual no mesmo período foi de 267% (IBGE, 2013)

poder resolver o problema. Nós temos a situação de fazer uma verificação, dentre todo o grupo, de quem vai ser atendido primeiro. Nós não tamos falando daquela classificação que a lei determina: grávida, o idoso, não só isso, mas inclusive criar fluxos internos que possibilite, por exemplo, ainda que eu seja mais jovem do que um senhor que é mais velho, mas que eu sou, por exemplo, lá do interior, de TFD, eu posso ter a garantia do meu tratamento acontecer mais rápido. Coisas que a gente precisa visualizar pra que o fluxo não entranque. A gente tem várias, várias situações que a gente organizou a partir da reclamação das pessoas, entendeu? E da própria sugestão deles também, né? Eles dizem: “Olha a gente tá numa situação onde a gente precisa ser ouvido, precisa receber esclarecimento”. As pessoas que chegam, elas muitas vezes não conseguem se adaptar à lógica da prestação de serviço, como o serviço é garantido a cada uma delas, porque elas não tem informação, não compreendem isso, entendeu? Então, assim, a gente sempre faz um trabalho de esclarecimento. E muitas pessoas dizem assim: “Olha, vocês têm que pegar o paciente, quando o paciente chega aqui, vocês tem que explicar pra ele”. O quê que é isso? Isso é uma sugestão. Pode parecer simples, mas não é, entendeu? Pra quem vai passar no mínimo cinco anos aqui conosco, ele entender o funcionamento do serviço, ele entender as limitações e as possibilidades de oferta do serviço mediante aquilo que o SUS preconiza é muito importante pra gente, né?

Entrevistadora: Essa comunicação que você tá falando, que você reconhece como importante, é principalmente dos profissionais? Como vocês orientam isso no dia-a-dia?

Adélia: Eu acho que essa é a parte ainda que a gente precisa adquirir mais maturidade, entendeu? Por quê? O correto é que a gente pudesse fazer isso através de pessoas especializadas em passarem as informações. É mais ou menos assim: nós deveríamos ter aqui uma cartilha de informação. (...) Mas há orientação pra que os principais funcionários que tenham contato com esse paciente, que um médico, é o serviço social, é a gerência, que eles possam sempre tá informando. Hoje, nós não temos um método coletivo de transmitir essas informações. Essas informações, elas são transmitidas à medida que aquele paciente vem em busca. E daí que a gente sabe que ele não tem conhecimento e a gente vai passando. Essa é uma grande falha, entendeu? Porque o correto era a gente ter uma prestação de informações coletivas, quem entrou, a partir do momento, ele passa a conhecer. Isso a gente ainda não tem. A gente tem trabalhado é a possibilidade de criar essa cartilha pro paciente com câncer (ADÉLIA, entrevista 18 – gestor estadual).

Adélia demonstra sua recepção ativa ao citar em seu discurso a fala de um paciente, que evidencia sua necessidade de ser ouvido, ter esclarecimentos e explicações. Ainda que a gestora garanta o espaço de voz aos usuários ao recebê-los na gerência, ela admite que essa é uma forma amadora. E propõe, na sequência da entrevista, que uma solução seria a confecção, por pessoas especializadas, de uma cartilha informativa. Ela avalia que os usuários precisam se adaptar à lógica do serviço e para isso precisam de informação, que não têm, sobre o funcionamento da unidade. É muito importante para os serviços que os usuários se adequem às rotinas estipuladas. Mas o que seria importante para o usuário?

Pode-se perceber no enunciado a existência de compreensões diferenciadas. Por um lado, os usuários pedem para serem ouvidos e considerados em suas necessidades que são diversas e complexas, por outro, os profissionais e gestores compreendem isso como necessidade de informá-los sobre o funcionamento da unidade de saúde, baseado em normas e técnicas preestabelecidas que visam padronizar as condutas. Os profissionais se adequam e orientam suas práticas pelas regras da lógica oficial. Os usuários e suas famílias se orientam pela experiência e pelos sentidos que constroem nas interações dialógicas na busca por cuidado. Há uma relação de forças simbólicas que se tensionam cotidianamente na definição das estratégias de cura (BELLATO; ARAÚJO; CASTRO, 2008).

Há uma naturalização da percepção instrumental da comunicação no discurso oficial e as práticas atuais acentuam o fluxo unidirecional da fala autorizada para a população. A comunicação é percebida, principalmente, na perspectiva transferencial: passar informação a quem não tem. Para Araújo e Cardoso (2005), a noção de um emissor que sabe e ensina a quem não tem conhecimento, assim como a produção material dos discursos hegemônicos por meios impressos, são formas dos núcleos centrais manterem a ordem discursiva e sua posição de poder.

Por não possuir instrumentos para alcançar a todos de forma coletiva, a gestora orienta que sejam passadas informações na relação dialógica entre profissional-usuário. Ela diz que há uma abertura da gestão para a comunicação com os pacientes, tanto dela pessoalmente quanto pela recomendação que faz a todos os profissionais da unidade para que esclareçam os usuários. Como há gêneros discursivos dominantes (técnico-científico, oficial-normativo) a interação irá depender dos poderes simbólicos dos interlocutores relacionados a cada situação. Quando uma voz deseja se impor como centro de sentido, o que pode acontecer pela posição de autoridade detentora do conhecimento de um profissional de saúde, há um cerceamento da polifonia, o que contribui para manter o pensamento dominante (CORRÊA; RIBEIRO, 2012).

A criação de meios para ouvir os usuários ou processos que venham adaptar os serviços às necessidades deles não é prevista pela gestora e tampouco tem sido uma questão para os profissionais da área de comunicação e saúde, que costumam focar seus processos e produtos na reprodução do discurso oficial. A participação que inclui o direito à voz e à circulação do seu entendimento de si e do mundo é uma forma de indivíduos e grupos serem agentes de sua presença pública (ARAÚJO, 2012).

Ao considerar o problema da informação na política pública, Guizardi, Pinheiro e Machado (2005) consideram que essa não é uma questão de acesso ou difusão, mas sim de perceber que a lógica tecnoburocrática centraliza a produção quando reforça vozes autorizadas a falar e não inclui outras vozes da experiência vivida. Com isso, cria supostas verdades que naturalizam as relações de poder. Para os autores, a possibilidade de participação esbarra nas práticas sociais que constituem o Estado e na nossa cultura política, com práticas autoritárias e centralizadoras. Historicamente, os gestores planejam a oferta de serviços sem escutar as demandas dos usuários. O planejamento, normalmente, baseado em decisões técnicas e na percepção do usuário como número e não como sujeito político, impossibilita o diálogo. “Como se a técnica pudesse ser dissociada de seus efeitos políticos de produção da realidade social” (GUIZARDI; PINHEIRO; MACHADO, 2005, p. 226).

A dificuldade de adaptação do usuário ao modelo de serviço oferecido também foi levantada por outros gestores na pesquisa. A maioria deles reconhece que existe nós no sistema de saúde ou entaves nos serviços. Alguns veem a comunicação como um dos caminhos para a melhora, mas as propostas, de forma geral, visam à criação de instrumentos para suprir a falta de informação do usuário e não a possibilidade de ouvi-los.

5.1.4 Compreensão de comunicação por usuárias e gestores

Ivone tem 43 anos, dois filhos adolescentes e mora na periferia de Rio Branco. Ela fez um preventivo na unidade de saúde da família e foi comunicada pela agente comunitária da sua área sobre o resultado alterado. Na primeira vez que foi à unidade disseram que o exame não estava lá e que teria que esperar a agente de saúde voltar de viagem. Ela esperou. Quando retornou, ficou sabendo que desde a primeira vez poderia ter conversado com o enfermeiro, que o exame estava com ele, mas ninguém a avisou. O enfermeiro explicou que o resultado foi uma lesão de segundo e terceiro grau e a encaminhou para tratamento no Cecon. Sua trajetória na rede assistencial vem sendo acompanhada por ele, que ficou preocupado e pediu que ela fizesse o tratamento com urgência. Mas ela diz que não ficou tão preocupada. No enunciado de Ivone sobre a comunicação relacionada ao problema do útero, várias vozes se fazem presentes na compreensão do seu problema de saúde.

Ivone: Hoje eu vejo que tá muito informativo, através dos jornais, através de... Assim, muitas das vezes tem o mutirão de igreja, que vai falar só assunto da mulher. Aqui na minha comunidade, assim, aconteceu também

isso, de falar só o assunto de mulher, das doenças, pra se cuidar, tomar pílula, usar preservativo, né? Então, exatamente, isso aí a gente tem... é a movimentação. Aí, é assim os encontros, eu sempre tô tem esses debates sobre as causa, né? E agora tem esse negócio de internet, que só quem não querer tirar dúvida é que fica na dúvida mesmo.

Entrevistadora: Na vez que a gente se encontrou, você falou que antes de fazer o exame tinha buscado essa informação.

Ivone: Biópsia, né? Aí eu fiquei... Col... colposcopia, né, esse nome. E fiquei... o que é isso? Como é que vai ser feito? Aí a curiosidade falou mais alto, né? Aí eu fui pesquisar o que era. Aí... tem até um videozinho passando, né, eles fazendo exame que eu comecei a olhar e terminou me dando gastura. Me deu a... uma coisa nos meu neurônio, que eu já parei, fiquei até enjoada de ver esse exame, que me deu até nervoso (risos). (...)

Entrevistadora: E você buscou sozinha?

Ivone: Não. Eu busquei sozinha na internet, né? Eu fui ver o que era e... Mas só que o meu computador não tava pegando, a internet não tava funcionando, né? Aí eu mandei minha irmã pesquisar. Aí ela foi, pesquisou lá e falou o assunto do exame, né, como era que fazia. Ela diz que não, não doía, aí... Só que ela só falou e ela tinha até escrito no papel, só que não chegou até mim. Então, fui abrir e fui olhar, e vi. E depois vi tudo que ela falou, tava lá, né? Aí só que esse exame, esse tipo de exame que é colposcopia, aí junto com a biópsia, né, que tira o pedaço lá. Aí eu fiquei com medo, né? (IVONE, entrevista 02 – usuária – Unidade de Saúde da Família).

Como fontes para seu conhecimento, ela relata acesso a jornais, mutirão da igreja na sua comunidade e internet, descrevendo os dois últimos. Ivone diz que em encontros e debates da igreja são tratados assuntos de mulher. Embora o ambiente religioso tenha uma tradição dialógica, essa prática não necessariamente é exercitada de forma permanente, uma vez que ela cita os assuntos em uma perspectiva preventiva visando mudanças comportamentais típicas de um modelo transferencial. Ela destaca a internet como um meio de esclarecer qualquer dúvida, sendo a forma escolhida por ela e a irmã para buscar informações sobre os exames que iria realizar - colposcopia e biópsia. Ela conta a situação que vivenciou ao encontrar um vídeo mostrando o procedimento, quando sentiu gastura, enjoo, nervoso e medo.

Apesar das características democratizantes da internet, o encontro de informações adequadas está condicionado ao domínio dos programas de busca. A situação de Ivone mostra o quanto uma forma de busca por vídeos, popularizada na atualidade, pode se tornar inapropriada ao gerar medo. Castiel e Vasconcellos-Silva (2003) consideram que o acesso aos conteúdos na internet requer pré-requisitos tecnoculturais e, para decisões mais precisas, noções sobre o processo de construção dos conhecimentos tecnobiocientíficos.

Em pesquisa sobre o perfil do usuário da internet e as tendências de busca por informações de saúde, Moretti, Oliveira e Silva (2012) indicam que houve uma alteração na

relação médico-paciente, pois atualmente é preciso lidar com o conhecimento adquirido pela população. Em seus levantamentos, entre outros benefícios das interações na internet os autores apontam um melhor enfrentamento das situações de vida, alívio emocional e maior conhecimento sobre uma doença. Por outro lado, grande parte das informações disponibilizadas sobre doenças e tratamentos são inadequadas ou cientificamente incompletas. Devido à grande quantidade de dados disponíveis em uma busca na internet, a dificuldade de encontrar informações seguras e fontes confiáveis é relativizada pela facilidade de encontrar todo tipo de informação (MORETTI; OLIVEIRA; SILVA, 2012).

O gestor da unidade de saúde da família que se responsabilizou pelo encaminhamento de Ivone para o tratamento no Cecon se chama **Carlos**, um profissional comprometido com seu trabalho, cujas ações seguem as normas e orientações das políticas públicas, que conhece e, eventualmente, é capacitado em novas rotinas. A unidade em que trabalha é nova e tem uma ótima infraestrutura. Ele explica que a estratégia de comunicação para as mulheres fazerem o preventivo regularmente é o convencimento pela conversa da equipe de saúde na unidade e pelos agentes comunitários de saúde nas visitas domiciliares.

A estratégia principal que a gente usa é o de convencimento, né, é de conversa, né, tanto da equipe de saúde com as mulheres como os agentes de saúde nas visitas domiciliares, né? Aquele poder de convencimento, essa forma de prevenção que a gente trabalha na atenção básica. (...) Essa divulgação a gente se preocupa muito com ela, né? Porque se não divulgar, a gente não consegue captar. Então, a divulgação começa na unidade de saúde da família a partir do agente comunitário de saúde, né? Então, toda a unidade de saúde da família tem um cronograma específico, né? No nosso caso somos dois enfermeiros e como a gente tem que fazer pré-natal, planejamento familiar, testes rápidos, são inúmeras funções que o enfermeiro tem que fazer, não é todo dia que a gente pode tá fazendo esse procedimento do preventivo, a gente sempre tá colocando em cronograma. Então, esse cronograma, é pego pelos agentes comunitários de saúde e distribuído na comunidade, né? Então, a comunidade fica ciente quais são os dias que tem que vir na unidade fazer o preventivo. E através, no geral, a mídia se preocupa muito em relação a isso, né? Então, sempre a Área Técnica de Saúde da Mulher, vem utilizando a questão da... de rádio, televisão, né? O próprio Ministério da Saúde coloca campanha na mídia e isso ajuda muito a gente. Que a partir do momento que divulga numa rede nacional, pra todos ter acesso, então sensibiliza muitas pessoas, né, principalmente aquelas mulheres que tem ainda receio de fazer o exame. Mas a estratégia maior é o que a gente usa na unidade de família é essa, né, a divulgação pelos agentes comunitários de saúde, é, diretamente com as mulheres na idade de fazer o exame. (CARLOS, entrevista 17 – gestor municipal).

Apesar de enfatizar a conversa como base da comunicação na unidade primária, a prática discursiva citada no enunciado não privilegia a dialogia, uma vez que se prioriza a voz do discurso oficial - onde não cabem muitos questionamentos ao saber científico legitimado e às autoridades que os conduzem. As mulheres aparecem no enunciado como portadoras de necessidades quando “tem ainda receio de fazer o exame”, problema enfrentado com a sensibilização delas pela divulgação em rede nacional do acesso para todas, promovida pelo Ministério da Saúde. Mas o diálogo para a compreensão do que gera o receio nessas mulheres e que pode levá-las a recusa de fazerem os exames regularmente não costuma ser uma questão de comunicação para os profissionais de saúde.

Ao desnaturalizar seu discurso, percebe-se uma tendência a impor uma conduta à população (convencer), dentro de regras estipuladas na lógica e conveniência dos serviços (exames preventivos oferecidos dentro de um cronograma, para captar na faixa etária) e pouca abertura ao diálogo e à negociação de sentidos (discurso reforçado pelos profissionais de saúde, rádio, televisão e campanhas, com o aval da maior autoridade na área, o Ministério da Saúde).

O modelo dominante de comunicação reduz o processo comunicativo a uma transmissão entre emissor e receptor, por meio de um canal adequado, que se caracteriza pela codificação e decodificação de códigos, colocando a esperança de sucesso de uma estratégia na compatibilização entre o que foi dito e compreendido. Esse modelo minimiza ou exclui outras vozes existentes na cena social e não considera a noção bakhtiniana de diálogo como um espaço de acordos e conflitos (ARAÚJO, 2002). O itinerário terapêutico de Ivone mostra como ela e a família constroem seus entendimentos sobre a enfermidade com outras fontes de informação como a internet e o mutirão da igreja.

A base do trabalho em saúde está na materialidade do encontro com o outro, cuja substância principal é a conversa, acompanhada ou não de procedimentos, segundo Teixeira (2007). A rede assistencial deveria ser pensada como uma rede de conversações cujos encontros são nós que levam a outro ponto da rede, pois as situações demandam um conjunto de saberes, que podem ser insuficientes quando isolados. Para que essa visão comunicacional do processo de trabalho se efetive é necessário, em primeiro lugar, reconhecer o outro como legítimo.

5.2 ITINERÁRIOS DO DIREITO

5.2.1 Estratégias discursivas: fazer o maior barraco e acionar mediadores

Beth tem 35 anos e há cerca de dois anos fez tratamento e acompanhamento de lesão de alto grau no Cecon. Em um exame preventivo mais recente, recebeu um resultado alterado e agora ela não consegue dar continuidade a esse novo tratamento. Ela mora perto de uma unidade de saúde da família e foi indicada a participar da pesquisa pela enfermeira que a acompanha há alguns anos. Embora tenha bom relacionamento com os profissionais, diz que prefere fazer exames preventivos em outras unidades, porque sente muita vergonha de fazer ali. “Me dou muito com a enfermeira daí, mas eu fiz..., da última vez eu fiz com ela”.

Beth: Eu fiz o preventivo aqui no módulo do bairro. Aí a (nome), a enfermeira responsável, me ligou e falou que tinha dado nível de grau 2/3, e pra mim ir lá. Aí eu fui lá ela conversou comigo e explicou e já tinha marcado a consulta na Cecon. Ela mesma encaminhou pra Cecon. Daí eu fui pra Cecon...

Entrevistadora: Ela marcou daqui do posto mesmo, pelo telefone?

Beth: Ela mesma ligou, nessa época ela podia marcar. Aí marcou, encaminhou, eu fui, passei pela médica. Aí a médica disse que tinha que fazer uma cauterização. Aí marcou, pediu pra fazer cauterização. Aí tem uma moça lá pra explicar pra gente, como é que ocorre o processo de cauterização, o resguardo, essas coisas tudo. Aí marcou a data lá. Essa data eu fui, não deu de fazer. Marcaram pra outro dia, eu fui, não deu de fazer. Marcaram pra outro dia, aí fui, na terceira vez aí deu de fazer.

Entrevistadora: E porque que não dava, eles explicavam?

Beth: É... uma vez a gente ficou fora da folha, marcaram e na hora de fazer a gente tava fora de folha das pessoas do dia. É irresponsabilidade de lá mesmo, aí todo mundo questionou, foi aquela confusão, acabou que viemos pra casa e viemos marcar pra outro dia. Da outra vez não tinha material e a outra vez eu consegui fazer. Aí fiz, aí fiquei tendo acompanhamento, né, com um mês a gente volta...

Entrevistadora: Foi quando esse primeiro exame?

Beth: Nossa, não lembro mais não, ó, faz tempo. Tá com mais... tá com uns dois anos, eu acho, já.

(...)

Beth: Eu fiz, no ano passado, era pra levar em outubro de volta pra ela o exame. Aí eu fiz, venceu e não levei. Agora tá ruim de marcar, a gente não consegue mais marcar consulta lá no Cecon. Aí fiz de novo agora, quando eu conseguir uma consulta, já tá mais atualizado, eu tô aguardando chegar. Acho que daqui a um mês mais ou menos chega. Disse: “*Cinquenta dias, é quarenta a cinquenta dias pra chegar*”. Aí eu tô aguardando. Eu, com esse exame velho, tentei ir lá no Tucumã (Centro de Saúde/UPA). Eu fui na Cecon e não tá mais marcando pela Cecon. Diz que agora marca pelo posto de saúde. Aí vim aqui nesse módulo, ela disse que não marcava mais. A primeira vez quem marcou foi ela, aí ela não podia mais marcar, tinha que ser no posto de saúde mesmo, pra mim ir lá no Tucumã. Aí minha cunhada

foi lá e pedi pra ela marcar pra mim. Eles disseram que não marcava mais, tinha que ser na Cecon. Aí eu peguei fui lá e reclamei aqui com a (nome da enfermeira do módulo). A (nome da enfermeira) fez um encaminhamento, aí mandou pra lá. Não marca mais lá, tá nisso. Aí da minha cunhada... o mesmo processo foi da minha cunhada. Aí minha cunhada tá com o dela e não consegue marcar. A gente tá sem saber onde que marca ou deixa de marcar.

(...)

Entrevistadora: Mas aí, no Tucumã, quando você foi perguntar isso, eles falaram: '*a gente não marca mais*'?. E quem marca? Deram essa informação?

Beth: Não deram essa informação, né? Isso, não deram essa informação, eu não sei quem vai marcar. Quando meu exame chegar, acho que vou ter que ir lá no Cecon e fazer o maior barraco, porque eu preciso continuar e não marca nada. Ou, então, na Secretaria. Mas não resolve, não, na Secretaria de Saúde. Isso aí todo mundo já sabe.

Entrevistadora: Mas você já tentou?

Beth: Não.

Entrevistadora: Você sabe de alguém que tentou?

Beth: (risos) Não.

(BETH, entrevista 12 – usuária - Unidade de Saúde da Família)

A compreensão sobre as necessidades de saúde de Beth requer uma noção mais ampla do itinerário terapêutico dela e do contexto de mudanças na organização dos serviços de saúde locais. Para Bakhtin, as enunciações da vida cotidiana possuem além de uma parte verbal expressa, uma parte extraverbal inexpressada, que pode comprometer a própria compreensão do enunciado, mas que pode estar subentendida pela a pessoa para a qual dirige o discurso e pelo conhecimento da situação (VOLOSHÍNOV/BAJTÍN, 1998).

Se por um lado Beth tem vínculos com a unidade de saúde da família e com a enfermeira (cita na entrevista), o que garante a realização do exame preventivo e do diálogo nesse âmbito, esse laço se desfaz quando ela segue para outros serviços. No primeiro tratamento que ela realizou, o acesso foi garantido pela mesma enfermeira: fez o exame, recebeu o resultado do preventivo e a encaminhou para a continuidade do tratamento na unidade de média complexidade. O vínculo garantiu o direito à saúde. A partir dessa experiência anterior, Beth não consegue entender a nova lógica do encaminhamento e tampouco é informada com exatidão sobre como deve proceder, embora recorra a três diferentes unidades.

Seu itinerário terapêutico mostra que além das escolhas individuais, seus caminhos de cuidado são construídos com base em experiências vividas e interações no cotidiano, com a participação da família na produção de significados e tensões com a lógica dos serviços de

saúde, o que também é percebido em itinerários estudados por Bellato, Araújo e Castro (2008).

As dificuldades que Beth vivencia nos serviços de saúde a fazem acreditar que talvez seja preciso modificar a forma de comunicação com os serviços e aponta as alternativas: “fazer o maior barraco” ou ir à Secretaria de Saúde. Mas logo desacredita a segunda alternativa, da resolução via órgão oficial. Embora não tenha, nem conheça exemplos negativos, se baseia na sua própria experiência de diálogo com os serviços. A falta de vínculo e diálogo são obstáculos à garantia do direito à saúde.

As alternativas de Beth instigam a pensar que “fazer o maior barraco” pode ser um gênero discursivo utilizado para garantir o direito à saúde. Outras entrevistadas reforçam essa alternativa frente às dificuldades de serem ouvidas ou compreendidas.

A implantação da regulação entre os pontos de atenção à saúde é recente no Estado do Acre e há contratempos para a implementação dos fluxos - estes definidos pela gestão e passados para os profissionais, ainda com pouca discussão e divulgação oficial, o que gera incompreensão das rotinas e condutas diferenciadas nas unidades de saúde tanto pelos usuários como pelos próprios profissionais. Esses diferentes entendimentos da regulação podem ser percebidos nos enunciados de **Nélida**, gestora de um centro de saúde, e de Carlos, gestor de uma unidade de saúde da família.

Porque hoje só marca na regulação se tiver encaminhado do ginecologista. O ginecologista da Fundação (antigo nome do Hospital das Clínicas), só recebe se ela foi encaminhada do ginecologista do posto. Esse é o sistema: só faz, marca qualquer tipo de consulta se tiver encaminhamento. Vou te dar um exemplo: um clínico não pode encaminhar pro ginecologista do Hospital das Clínicas, que de lá é que é encaminhado pro UNACON, né? É do posto pro ginecologista do Hospital das Clínicas e que encaminha pro UNACON, se houver necessidade. Então, tem que passar pelo ginecologista, é obrigado, né? (NÉLIDA, entrevista 19 – gestora municipal).

E esse encaminhamento, mediante a mulher já estar com esse encaminhamento em mãos, né, ela tem que se dirigir ao centro de saúde ou uma unidade de saúde de referência, que no caso é a nossa aqui é a URAP* (nome), pra fazer esse agendamento pro Cecon. Então, dessa forma que funciona o fluxo: a mulher pega o encaminhamento na Unidade de Saúde da Família e vai na unidade de referência do segmento pra agendar esse atendimento pro Cecon. Só que nesse processo existe muitas falhas, né? Às vezes a mulher fica peregrinando muito na rede até conseguir agendar esse atendimento no Cecon, uma coisa muito complexa, né? Nem todas as mulheres conseguem logo de imediato, enquanto isso a doença pode estar avançando, aumentando, e essa mulher... trazer sérios problemas à saúde dessa mulher. Eu, particularmente, quando pego um resultado de exame

alterado, eu mesmo já fico com o encaminhamento em mãos e entro em contato com a regulação municipal e peço agilidade, né, no agendamento dessa... desse atendimento pro Cecon. Mas eu faço isso de uma maneira particular, né, eu peço a responsabilidade pra mim. Mas o fluxo correto é a própria mulher ir na... no centro de saúde e agendar o atendimento com o Cecon. (CARLOS, entrevista 17 – gestor municipal)

*URAP – Unidade de Referência à Atenção Primária (centro de saúde)

O discurso de Nélida esclarece o problema enfrentado por Beth: a central de regulação só marca no Cecon se o encaminhamento vier de um ginecologista, “é obrigado”. Embora ela tivesse o exame alterado e o encaminhamento da enfermeira ao Cecon, isso não garantiu mais o direito à saúde. A comunicação entre Beth e os vários profissionais de saúde a quem recorreu foram insuficientes para a compreensão das novas regras. Atualmente, “esse é o sistema”: o(a) enfermeiro(a) faz o exame preventivo e, com o resultado alterado entrega um papel com o encaminhamento para a usuária ir um(a) ginecologista em um centro de saúde. Somente o(a) ginecologista é autorizado(a) a fazer o encaminhamento do centro de saúde para o Cecon, realizado via centrais de regulação municipal-estadual.

A implementação de novas rotinas e protocolos costumam ser marcadas pela centralização das decisões e com disseminação verticalizada, que causam efeitos na realidade social (GUIZARDI; PINHEIRO; MACHADO, 2005, p.226). Nas idas e voltas às unidades, ninguém se responsabilizou nem resolveu a situação de Beth, talvez por desconhecimento ou por considerarem o cumprimento das normas recém-estabelecidas de regulação dos serviços mais legítimas do que as necessidades expressas em seu discurso. Na conjuntura da mudança normativa há claramente compreensões e posturas variadas dos profissionais na condução das práticas. Carlos se responsabiliza pelo encaminhamento de forma particular, o que reflete como responde às demandas a partir de seu lugar no mundo (BAKHTIN, 2011). Apesar de reconhecer que esse não é o fluxo correto, justifica sua atitude pela constatação de que o processo apresenta falhas.

Gerhardt *et al.* (2008), em sua pesquisa, observaram um desencontro entre o papel estratégico da atenção básica e os usuários ao constatar a autorregulação nos itinerários terapêuticos, onde os usuários tomam decisões visando diminuir seu sofrimento e assumem as negociações com os serviços locais e regionais. Uma estratégia encontrada por usuárias na pesquisa é o acionamento de pessoas que possam mediar os caminhos pela rede assistencial – mediadores que informam e ajudam a marcar consultas e exames nos serviços de saúde, o que passa pela comunicação dialógica. A partir do momento que as centrais de regulação

municipal e estadual passam a exercer a função de fazer os encaminhamentos na rede assistencial, os profissionais da atenção primária também precisam rever seus papéis no acompanhamento dos usuários, para que eles não fiquem desassistidos.

5.2.2 “É um direito muito demorado”

Marisa tem 29 anos, tem três filhas (13, 11 e 5 anos) e mora em uma chácara na zona rural de um município vizinho à Rio Branco, onde o marido é caseiro. Ela é acompanhada pela Unacon há um ano, desde que foi diagnosticada com uma lesão de alto grau e fez uma histerectomia. Em seu itinerário terapêutico ela demonstra uma grande capacidade de mobilizar suas redes sociais e criar alternativas aos caminhos oficiais. Aqui, ela descreve uma situação vivida na busca pelo resultado de um exame, realizada seis meses depois da sua operação. O enunciado retrata um entrave relacionado à biópsia na linha de cuidado do controle do câncer de colo de útero identificado por outras usuárias, profissionais e gestores entrevistados.

Aí um dia eu voltei com ele, porque eu estava sentindo muitas dores. Aí voltei com ele, ele me examinou e falou que tinha visto três nodulozinhos. Aí ia pedir a biópsia pra mim fazer. (...) Aí ele pegou, isso eu fui na quinta. Na sexta-feira ele mandou eu ir pra Cecon, pra fazer a biópsia lá. Porque o aparelho de lá (Unacon) não tava prestando pra fazer. Aí eu fiz lá, dia 8 de outubro. Aí vim receber o resultado dia 7 de fevereiro desse ano já, porque eu fiquei... Toda vez que eu ia, toda semana que eu ia com o doutor (nome) e ele: “*E a biópsia?*” Nada. “*E a biópsia?*” Nada. Eu ligava pra lá e a mulher: “*Não, não chegou ainda não*”. Aí uma vez ele falou assim: “*Olha, vai lá na patologia e diga que é eu que tô pedindo a biópsia*”. Eu fui lá duas vezes e a mulher: “*Ah, o doutor que assina não tá aqui pra assinar a biópsia. Doutor tal, fulano de tal, não tá aqui pra assinar a biópsia*”. Aí eu peguei e voltei... Sim, aí passou, eu voltei lá com ele na semana seguinte e ele: “*E a biópsia?*” Eu digo: “*Nada ainda, doutor*”. Vá lá e diga que eu tô pedindo a biópsia. Aí eu fui lá e a mulher disse: “*É... Fica aqui aguardando*”. Isso era 8 horas da manhã. Quando foi onze e meia que o doutor não sei lá das quantas veio e assinou a biópsia e me entregou. Isso em fevereiro! Isso é porque eu ficava indo toda semana atrás dessa biópsia na patologia. Eu fui umas 3 vezes mais a minha irmã, eu fui só... (...) É os trâmites lá de dentro que é muito devagar. Isso eu fui com a assistente social. A assistente social mandou eu procurar um rapaz lá. Nem a assistente social mandando, eles ainda não autorizaram eles me entregar a biópsia. Falou que não podia, não podia, não podia. (MARISA, entrevista 10 - usuária - Unacon).

A usuária fica em uma posição incômoda no relato, entre o médico que exige agilidade no resultado do exame e o especialista que não o entrega. Ela cita o discurso do médico, que reforça sua autoridade: “diga que é eu que tô pedindo a biópsia”. E mostra sua estratégia de busca de apoio no poder simbólico da assistente social, mas nem com ela “mandando” eles entregaram. Ao final, ela consegue ter o resultado quatro meses depois da realização do exame, após muita insistência.

O tempo previsto para a entrega do resultado de uma biópsia no SUS do Acre é de 60 a 90 dias, segundo uma gestora entrevistada, podendo chegar a quatro meses, de acordo com uma usuária ou até seis meses, conforme outra gestora. Uma espera considerada longa, especialmente para pessoas que estão em tratamento fora de domicílio. Apesar de existir o serviço garantido pelo SUS de forma universal, várias usuárias disseram ter levado a biópsia em laboratório particular que, em conformidade com os depoimentos, fica pronto em cerca de três dias, com preços entre 230 e 300 reais. No Acre, só há um laboratório público para os exames patológicos no Hospital das Clínicas, o que é considerado apropriado pelo Ministério da Saúde de acordo com indicadores de escala-escopo, que avaliam que uma produção baixa de exames não garante expertise – conforme as entrevistas das gestoras nacionais. A centralização, nesse aspecto, pode ser uma garantia de qualidade.

Clarice, gestora nacional, explica na entrevista que um resultado de exame preventivo em 30 dias não é considerado um problema, pois a história natural da doença indica uma evolução de longa duração. Ela dá um exemplo do laboratório de citopatologia: “não adianta contratar um laboratório que vai me dar o exame daqui a uma semana, o resultado, mas que ele só lê mil lâminas por ano. Esse médico nunca vai ver, esse profissional nunca vai ver um câncer, não vai saber identificar” (CLARICE, entrevista 11 – gestora nacional). Outros gestores avaliam o tempo da entrega dos resultados dos exames na linha de cuidado do câncer de colo de útero:

A gente avalia que talvez o itinerário, ele está na linha correta, mas não na velocidade esperada, né? A gente sabe que a gente tem um grande nó aí, tanto na qualidade da leitura da lâmina e depois pra fechar o diagnóstico de que é câncer na biópsia. (ANA MARIA, entrevista 23 – gestora nacional).

Porque quando é nesses casos que deu alterado a gente não pode, você sabe, que não pode esperar. O que a gente tá tendo problema seríssimo é com a biópsia, seis meses pra um resultado de uma biópsia. Essa senhora que eu tô te falando, que foi a óbito, que era esposa do..., passou seis meses esperando a biópsia. Que vai pro Hospital das Clínicas, que eu acho que é uma coisa que deveria ter, alguém devia ter, sabe... Porque não é possível uma mulher que deu alterado fazer a biópsia e esperar seis meses. O médico daqui que

colheu, fez a cirurgia, fez a histerectomia, pegou a biópsia entregou pro marido, o marido levou pro Hospital das Clínicas, levou seis meses. Esse é o entrave, não é nem a consulta... (...) Agora no caso maior é a biópsia, pra você ter uma biópsia você tem que mandar pagar, que hoje custa na faixa de duzentos a duzentos e cinquenta reais. Tem muita gente que não tem, né? E o que mais demora é isso. Tá? É o maior entrave da gente é a biópsia. (NÉLIDA, entrevista 19 – gestora municipal).

O laboratório da Fundação é que não funciona bem. Entendeu? É muito difícil, é muito difícil chegar aqui, a gente vai, é um drama, é um drama. Se as biópsias chegassem rápido, rapidamente a gente organizaria aqui. Agora quando tem uma paciente que eu vejo já que é um câncer, nós já vai lá, a (nome) vai lá, e vê se consegue. Mas é um problema. O problema é a biópsia. Até porque nós não podemos mandar as pacientes, dizer: “*Vá ali no laboratório do Dr. fulano, que você paga...*” Eu jamais faço isso e não permito aqui ninguém fazer. Porque os próprios patologistas são os que têm os laboratórios deles, né? Eu não faço isso, isso é ilegal. Né verdade? (LYGIA, entrevista 16 – gestora estadual).

Uma situação a ser verificada com mais aprofundamento em avaliações ou pesquisas futuras, explicitada no enunciado da gestora Lygia, está em os mesmos patologistas do SUS serem donos de laboratórios particulares locais e se beneficiarem com a demora nos resultados nos serviço público. A comunicação dialógica, nessa situação, poderia contribuir para a visibilidade da discussão na dimensão ética do direito.

A Lei 12.732/2012, que normatiza o direito dos pacientes do SUS a ter o primeiro tratamento no prazo de até 60 dias, estipula o começo da contagem a partir do dia em que é firmado o diagnóstico em laudo patológico (BRASIL, 2012c). Se houver uma espera longa anterior ao resultado do exame da biópsia com o diagnóstico de câncer, a Lei não será descumprida. Algumas perspectivas teóricas do direito buscam superar esse paradigma formalista – uma garantia somente sobre o que está escrito – ao promover reflexões nas dimensões éticas, políticas e sociais do direito e pensar valores presentes na sociedade (ASENSI, 2011). Essa seria uma possibilidade de reconhecer a agilidade na entrega de exames como um direito, embora isso seja oficializado apenas em uma situação específica.

O problema da demora nos resultados dos exames é identificado em todos os níveis (usuária, gestores municipal, estadual e nacional), mas nas entrevistas não constam indícios de avaliação ou reorganização dos processos relacionados ao tempo/duração dos exames. Existe, por parte do Ministério da Saúde, um processo de qualificação e avaliação dos laboratórios em todo país, que culminou na elaboração de uma portaria ministerial que define critérios de qualidade e credenciamento de laboratórios de citopatologia (QualiCito).

Cora é representante do movimento social, trabalha na Associação Amigos do Peito. A entidade hospeda pessoas que fazem tratamento fora de domicílio em Rio Branco e atua acompanhando as mulheres nos serviços de saúde e apoiando outras necessidades materiais e emocionais que forem identificadas no decorrer da estada. Ela vive cotidianamente situações em que o direito só consegue ser garantido se houver muita insistência ou até interferência de autoridades. Por conhecer os direitos e ter reconhecimento nos serviços de saúde, ela tem posição privilegiada para interceder em algumas situações, conseguindo diminuir tempo de espera em exames, cirurgias ou passagens aéreas. Alguns profissionais e gestores da saúde consideram a necessidade de agilizar o atendimento das pessoas hospedadas na Associação ou em tratamento fora de domicílio como uma questão de equidade – o que se configura em um princípio do SUS. Mas essa agilidade muitas vezes depende de muita insistência da entidade, gerando questionamentos sobre a garantia do direito à saúde dos usuários.

Em todas as partes diz assim: *“Ah, é um direito que tem, é um direito, é um direito, direito à saúde, é um direito que o SUS atenda, é um direito que o SUS faça tudo de graça, é um direito e tal”*. Mas esse direito ele fica meio ocioso. Porque é um direito que a mulher tem de ter seu exame, é um direito que a mulher tem pra tratamento, mas é um direito muito demorado. Porque, se não tiver alguém que fique insistindo, buscando, buscando, buscando, esse direito ela não tem. Acaba por si. Porque cai, cai numa gaveta, os direitos delas. Então, tudo funciona muito... Às vezes eu digo: *“Meu Deus do céu, como ficaria...”* Porque essa casa, essa associação, é uma associação privada, ela não é uma casa do governo. E como a gente só trata de problemas de câncer, e eu digo: *“Meu Deus, como ficaria muitas mulheres sem essa casa, sem essa Associação, que buscasse?”* Porque o nosso trabalho aqui maior é justamente brigar, não digo nem mais lutar, é brigar pelo os direitos dessas mulheres. A gente briga direto, direto, direto. Aí promete, aí não vem, aí a gente cobra de novo, aí não vem... Então, a gente termina conseguindo por tanta insistência. Que aí fala: *“Tá bom, tá bom, vou resolver logo, vai”*. Então, se fosse levar pelo o direito mesmo, fica muito vago. Porque eu diria, assim, se tem direito, então, tem direito a todos. Não precisaria, porque assim... Eu diria, assim, eu não gosto muito, assim, dos Q.I.s* da vida, né? E agente vê que tudo funciona com quem indique. Eu fico doente quando eu tenho que ligar pra alguém... A pessoa foi lá, muitas vezes acontece da nossa enfermeira vai, pede, se identifica, e muitas vezes ainda consegue a tempos muito longo. (...) ²⁶ E isso é um direito? Tá tão... Como é que diria... Tão obedecendo esse direito da mulher? Se ela precisa de alguém que fique lutando... Porque essa mulher vem do interior, vem das colônias, vem dos seringais. Ela nem sabe qual é o direito que ela tem. A gente diz aqui, a gente avisa, a gente comunica, mas ela não sabe chegar lá e cobrar esse direito. Eles não vão... Na verdade, o meio não olha essa mulher pelo o direito que ela tem, deixa ela lá. Já aconteceu casos aqui, das pessoas da nossa Associação mesmo, tando paciente aqui na Associação, de ir pra

²⁶ Neste enunciado, Cora relata estratégias mais incisivas a qual recorre eventualmente para garantir os direitos das usuárias da Associação, relacionadas a entrar em contato com uma autoridade maior ou “quebrar o pau”, mas pede para que não seja colocado no trabalho.

fazer uma consulta, as sete horas da manhã e uma hora da tarde essa mulher tá lá sentada esperando por essa consulta. Eu acho um absurdo, com fome, esperando. Aí: “*Dona (Cora), eu ainda não fui atendida*”. Aí corre lá, chega lá: “*Menina, porque tu não disse que era lá da casa?*” Eu não gosto disso, tem que atender a mulher como qualquer ser humano que tá lá esperando. Aí então... Mas graças a Deus, que pelo menos isso, né. Uma coisa, eu agradeço muito a Deus, pelo menos estão nos ouvindo, tão vendo que a Associação, a gente entra lá e as portas não estão fechadas, né? Pelo menos essas portas, sabe... (CORA, entrevista 13 – representante de movimento social)

*Quem Indique

Uma questão a ser considerada sobre o direito é que não basta que ele esteja expresso e garantido na letra da lei, mas que ele exista de fato no cotidiano dos serviços de saúde para a população. Cora começa o enunciado apontando esse aspecto, a existência de um direito em lei que só se efetiva depois de longo tempo ou por muita insistência. E ela enfatiza outras vezes que as práticas cotidianas não respeitam esse direito humano fundamental. Para ela, o direito não pode ser considerado universal se precisa que alguém sempre interfira, insista ou acione uma autoridade para ser atendido.

A lei tem que valer para todos de forma universal, mas sua efetivação se dá no cotidiano das práticas, com necessidades que se atualizam em procedimentos individuais ou coletivos. Os serviços de saúde muitas vezes não conseguem dar resolubilidade a demandas específicas por não centrar o olhar nos usuários e nas suas diferentes necessidades. A organização do trabalho na saúde tradicionalmente se caracteriza pela concentração do poder institucional em gestores e profissionais, com base em políticas de saúde que costumam manter dominação simbólica conferindo autoridade aos saberes técnico-científicos, o que estimula práticas fragmentadas, focadas em procedimentos, com prejuízos a uma visão integral do sujeitos. A adoção de modelos fixos e centralizados conservam instituições de saúde afastadas de práticas democráticas. As análises precisam olhar para além do normativo, pois devem apreender os significados e entender os sentidos que os agentes sociais dão às suas práticas nas instituições, onde se configuram os “avanços e obstáculos na afirmação do direito à saúde como um direito humano” (PINHEIRO, 2010, p. 25).

A distribuição de autoridade entre interlocutores é comandada pelas relações de força simbólica existentes entre os integrantes de um campo, segundo Bourdieu (1983; 1998). As condições materiais e simbólicas determinam as formas de comunicação e produção dos discursos que garantem a imposição da voz de poucos, o direito de falar - a quem e como - de alguns e a exclusão de outros. Segundo Cora, as mulheres, especialmente as que vêm do interior, ficam esperando, não sabem cobrar seus direitos. A Associação é ouvida, embora

muitas vezes garante direitos por insistência. E o recurso de “quebrar o pau”, acaba se configurando em uma forma de gênero discursivo possível de ser utilizada para forçar uma escuta mais atenta nas instituições, quando as possibilidades de fala são cerceadas.

A garantia do direito à saúde deve ser perpassada pelo direito à comunicação, como um elemento fundamental para sua concretização, pois passa pela visibilidade dos usuários e pela legitimidade garantida a seu discurso nas interações com os serviços. A noção de direito aqui empreendida está mais próxima de uma forma de sociabilidade política do que a interesses ou demandas individuais. Sua garantia passa pela permeabilidade de espaços públicos nas instituições, fundamentados na democracia, para que representantes de movimentos sociais e usuários possam vocalizar suas reivindicações, sendo considerados sujeitos políticos (PINHEIRO *et al.*, 2005).

Deve-se observar que quando o usuário não tem o *status* de sujeito reconhecido, não se resolverá a questão com a oferta de mais espaços de participação e diálogo, pois cumpriria apenas uma exigência burocrática ou cosmética. A escuta precisa considerar a legitimidade do interlocutor no jogo intersubjetivo da instituição, dado antecipadamente pelas relações de poder que se atualizam nos grupos locais (DESLANDES, 2004).

Cora: Eu identificaria assim: nós temos o direito a falar, mas nem sempre compreendidos. Porque, muitas vezes, quando a gente vai, fala e reclama, nós somos compreendidos por outro lado, por outra forma... Levam pra questão pessoal, política: “*Porque se fosse do nosso lado não dizia... Ficava quieto e tal*”. É por aí. Embora não digam, mas a ideia que passa é essa. E muitas vezes quando a gente quer entrar numa questão, assim, que mexe com o povo do governo, com o povo grande, que levaria o quê, a denegrir... não é denegrir, mas a levar uma culpa pro lado da saúde, aí já somos mais repreendidos. Só que aqui, essa gestão agora da Casa de Apoio, da Associação, essa gestão da Associação ela é meia... bem pra cima, diria, né? Não por mim, né, é tanto que já teve gente que... gente... quando é? Povos que já foram mexidos com a gente, que diz: “*Quando é que vão mudar essa diretoria? Porque essa é muito cricri, ela cutuca*.” A gente cobra mesmo, nós tamos dentro dos hospitais, a gente vai dentro dos hospitais, o médico diz uma coisa pra gente, a gente revida, e diz: “*Porque isso?*” E a gente diz: “*Não, porque isso, porque isso...*” Então, a gente tá sempre com os porquês, querendo compreender. Até mesmo porque nós somos é da educação também, né? Eu já cheguei a dizer pro próprio governador, na frente de médicos, assim, digo: “*Olhe, eu não sou da saúde, eu não sei as palavras científicas que vocês usam, e nem esse povo que veio pro tratamento. Então, eles precisam que vocês falem um linguajar deles, pra eles compreenderem o que estão dizendo. Não adianta falar cientificamente pra eles, que aí eles vem pra nós: ‘Dona (Cora) ele disse isso, disse aquilo’, quando consegue repetir*”. E aí, mesmo não sendo da saúde, eu gosto muito das internetes da vida, então eu vou buscar, eu vou buscar aquilo. Eu vou buscar saber dos tratamentos se tá... se é aquilo mesmo, se tá correto aquilo. Então, eu busco

mais informações na internet, né? Porque eles falam muito cientificamente, assim, e muitas coisas a gente não compreende. A mesma forma nós falamos mais popular, que também não nos fazemos ser compreendido. Mas tá dando pra levar, por enquanto tá dando. Graças a Deus.

Entrevistadora: E esse direito direcionado às mulheres que estão no serviço?

Cora: As mulheres, eu acho que elas não têm, maninha, direito à comunicação. Porque se elas forem lá reivindicar, comunicar alguma coisa que elas não estejam se agradando, que não esteja correto com ela, não são ouvidas. Enrolam, enrolam, enrolam. (CORA, entrevista 13 – representante do movimento social).

Cora começa dizendo que a Associação tem direito a falar, mas que isso não garante compreensão. Embora não haja uma censura, ela percebe que politicamente pode haver repressão ao reivindicar algo que não agrade o grupo de poder local. Ela adquiriu um *habitus* nas vivências e experiências com educação e movimentos sociais que garantem uma circulação pelas diferentes esferas e discursos que representa: como gestora da Associação, como representante do movimento social junto ao governo e autoridades e na interlocução com as usuárias. O que, vale ressaltar, não acontece sem embates ou controvérsias no contexto do sistema de saúde local.

Ao citar as autoridades legitimadas – governador e médicos – para quem dirige um discurso crítico, Cora coloca a sua própria fala em discurso citado, como um modo de reforçar a própria voz e dar um tom de veracidade à situação. A forma como apresenta o discurso reforça e demonstra que é dado a ela o direito a falar. O discurso citado é a enunciação de outra pessoa inserida no diálogo ou narrativa, que se situa fora do contexto situacional, mas conserva rudimentos da sua autonomia e estrutura original. Para Volochinov / Bakhtin (2002), o estudo do diálogo comporta a investigação das citações no discurso, pois elas refletem que houve uma recepção ativa do discurso de outrem. Sua leitura adequada pode indicar tendências estáveis da apreensão dos discursos manifestadas na língua. O falante, seguindo tendências sociais, escolhe elementos pertinentes da enunciação de outrem e gramaticaliza os que tenham fundamento para o interlocutor.

O questionamento de Cora às autoridades resalta as diferenças dos discursos científico e popular, que comprometem a compreensão mútua entre médicos e pacientes. E ela se coloca como uma mediadora entre os saberes e na interação entre usuária e profissionais de saúde. Profissional originária da educação, Cora traz em seu discurso e suas ações características da Educação Popular, entre elas as que valorizam a intercomunicação entre diferentes atores e o

diálogo entre o saber popular e o científico (VASCONCELOS, 2004). O vínculo que ela constrói com as usuárias e as unidades de saúde também é um dispositivo que promove essa troca entre saberes técnicos, científicos e populares, e que favorece a integralidade da atenção à saúde (JORGE *et al.*, 2011).

Ao trazer questões sobre as (im)possibilidades comunicacionais, Deslandes (2004) afirma que uma barreira à comunicação está no uso da objetividade científica utilitarista, com modelos de atendimento baseados em relações assimétricas, redução do diálogo à busca de informações e uso de linguagem incompreensível por leigos. Embora as interações entre sujeitos passe pelo conhecimento comum de códigos de linguagem, a autora aponta que existem outros impeditivos que podem se constituir no “jogo das interações sociais, as relações de saber-poder, de trabalho, de gênero e de status” (DESLANDES, 2004, p.11).

Cora elege a internet como uma fonte de informação que a ajuda a coordenar esse diálogo entre discursos de médicos e pacientes que se cruzam em seu enunciado. A composição heterogênea e complexa da internet abrange diferentes campos de atividade e comporta interações entre discursos variados: cotidiano, científico, oficial e outros, em formatos verbais e não verbais (imagem, som, audiovisual, texto). Além da reprodução de gêneros discursivos, também há algo no meio digital que se sobrepõe ou modifica enunciados e, segundo Flávia Machado (2012), o meio interfere no processo de construção histórica dos gêneros de discurso.

A interpretação sobre as situações de saúde vivenciadas é composta de variadas vozes: profissionais de saúde, mulheres usuárias do SUS, representantes movimentos sociais, companheiros de trabalho, televisão, jornais, reuniões, além de valores e crenças, experiências e conhecimentos anteriores. A internet permite a circulação de muitas vozes que se presentificam no discurso dialógico e polifônico de Cora. As usuárias entrevistadas pela pesquisa que utilizam a internet tanto levam conhecimentos adquiridos sobre seus problemas para os diálogos com os profissionais de saúde como retornam às buscas digitais com questionamentos resultantes desses diálogos. O poder discurso científico, que é dominante na saúde e orienta as práticas, certamente sofre algumas instabilidades com a possibilidade que a internet proporciona de democratização desse saber para a população.

O enunciado de Cora termina com ela constatando de modo enfático que as usuárias não têm direito à comunicação e sequer são ouvidas quando reivindicam algo nos serviços. Na sequência da entrevista, ela cita dois exemplos. Um de erro médico que a paciente foi reivindicar na unidade, acabou aceitando o que eles disseram e só não foi a óbito porque a

Associação entrou na questão. E outro que ela quase levou pra justiça, mas que a irmã, que era a acompanhante, não quis fazer a denúncia para não ficar mais tempo longe de casa.

5.2.3 A comunicação na política pública

A comunicação está presente em algumas normativas e diretrizes relacionadas à linha de cuidado do câncer de colo de útero. No documento *Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas Redes de Atenção à Saúde e nas linhas de cuidado prioritárias* (BRASIL, 2012b) a comunicação está relacionada à articulação entre os pontos de atenção na rede, ao negociar responsabilidades no cuidado nos sistemas de referência e contrarreferência, e também nas experiências de apoio matricial, em que procura construir e ativar espaços de comunicação ativa. Na Portaria nº 874/2013, que institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde de Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS (BRASIL, 2013), a comunicação é um princípio e uma diretriz. Na entrevista, alguns gestores comentam sobre a ideia de comunicação inserida nos documentos oficiais.

A gente fala sobre a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer, a 874* que foi lançada no ano passado, né, atualizada, a gente coloca a comunicação como um dos itens, né, de responsabilidade dos três entes federados, né? Mas talvez precisasse destrinchar mais essas diretrizes de comunicação, né? Talvez precisasse destrinchar mais. Mas é... aquela coisa, a gente vai aos poucos. Eu acho que já foi um avanço a gente conseguir colocar nessa, que na outra não tinha, né? A gente conseguiu colocar alguma coisa relacionada à questão da comunicação, né? Mas eu acho que é fundamental, a gente tenta, não só direito à comunicação, mas direito à saúde, né? A gente até tenta, nos nossos folders, a gente... a gente tenta dar um informe nos nossos folders assim: “*Olha, é um direito seu, você tem direito a saúde. Não é um favor que o Estado tá fazendo, é um direito seu*”. A gente tenta colocar esse dado dentro do folder, né? Porque é uma das críticas... que, às vezes, as mulheres colocam, às vezes, alguns informativos que saem, eles colocam a mulher como sendo responsável por tudo, né? E não é verdade, às vezes, ela quer se cuidar, mas ela tem que ter o direito a acesso, né? (CLARICE, entrevista 11 – gestora nacional).

Na 874*, na Política, tem um eixo lá que trata da parte da comunicação. Então, é fácil de identificar na política a garantia, entre aspas, desse direito. As outras portarias, elas são mais operacionais, de serviços. Então, a questão de comunicação não passa... Talvez a comunicação... apareça a comunicação nas outras portarias na parte, que a gente orienta, na parte de regulação: a comunicação entre os serviços, né? Como é que a gente acha que deveria ser, que eu tenho que ter um território, esse território precisa ter uma unidade de referência, as unidades de referência precisam se comunicar com as unidades básicas de saúde... do quê que a gente espera (ANA MARIA, entrevista 23 – gestora nacional).

*Portaria GM/MS nº 874/2013(BRASIL, 2013)

As duas gestoras nacionais citam a portaria com intimidade, a 874, onde identificam a presença explícita da comunicação. Embora a inclusão da comunicação seja considerada um avanço, pois não estava presente na normativa anterior e nem especificamente em outras portarias, elas percebem que ainda falta destrinchar, especificar ou operacionalizar melhor esse aspecto para a garantia do direito.

O texto da Portaria do Ministério da Saúde nº 874/2013 distribui a responsabilidade de desenvolver ações de comunicação entre os três entes federados e contempla “o estímulo à formulação das estratégias de comunicação com a participação da população em parcerias com movimentos sociais, com profissionais de saúde e outros atores sociais” (BRASIL, 2013), visando à disseminação e a ampliação do conhecimento sobre câncer. Essa inserção é um ganho relevante para a construção de estratégias comunicacionais mais dialógicas, mas deve-se ter atenção para que a execução desses princípios não aconteça somente na perspectiva de acentuar a circulação da fala institucional ao disseminar e ampliar esses conhecimentos dominantes pelas parcerias, e não necessariamente fomentando meios de ouvir o que esses grupos parceiros têm a dizer (ARAÚJO; CARDOSO, 2005).

O texto considera ainda “a tradução do conhecimento para os diversos públicos-alvo” (BRASIL, 2013). Essa não é uma proposição equivocada se aplicada ao contexto da Amazônia, onde podemos pensar em estratégias de comunicação com os povos indígenas, em suas línguas nativas. No entanto, a proposta corre o risco de se aproximar de práticas incorporadas pela administração sanitária na década de 1970, quando eram utilizadas estratégias de persuasão para diminuir a relutância dos indivíduos em aceitar as recomendações e cumpri-las, consideradas como um “ajuste de linguagem à população-alvo” (PITTA, 1995, p. 241). Essas práticas de comunicação, hoje questionáveis, na época eram consideradas inovadoras e visavam modificar comportamentos individuais e coletivos, com base em normas e prioridades definidas epidemiologicamente, visando à eficácia na transferência das informações, mesmo que de forma impositiva (PITTA, 1995).

Clarice explica que além do direito à comunicação na Portaria 874/2013, a gestão busca inserir informações sobre direito à saúde em *folders*. E se utiliza de um discurso citado para exemplificar como esse direito é posto, relacionando-o com o direito ao acesso aos serviços. Afirmar o direito à saúde, para Heckert (2005) significa ir além do acesso à rede pública e

implica interferir na elaboração e no contexto de implementação das políticas públicas, visando criar a saúde que se quer.

Teixeira (2007) percebe que as construções discursivas das políticas públicas muitas vezes chegam com atraso ou possuem limites estreitos para a inclusão de soluções inventivas de interações propostas pelos sujeitos envolvidos. Ele coloca como um grande problema a cisão eu-outro existente nos serviços de saúde. O avanço em considerar a presença de variados atores na construção de estratégias de comunicação pode retroceder na operacionalização dessas práticas.

Tem, existe na política, existe. Mas a prática é muito complexa, né? Porque pra você fazer comunicação hoje você precisa de recursos e a gente esbarra muito nisso. Não tem como fazer muita coisa, não. Hoje em dia, aqui dentro da coordenação, a gente não vem trabalhando mais, assim, não vem estimulando e não vem participando muito, não. O que a gente tem feito? Assim, uns trabalhos em parcerias com as ONGs, em datas pontuais. A gente produz alguma coisa, mas com muita, assim, vontade das pessoas de fora. Porque aqui da coordenação não tem muito como ajudar, sabe? Mas a gente é aberto e participa, da maneira como pode. Mas, assim, de financiar e de fazer mesmo aquele material, a gente não tem como fazer isso. (NÍSIA, entrevista 24 – gestora estadual)

A gestora estadual Nísia também identifica a comunicação na política pública, mas explica que as ações estaduais estão restritas a parcerias em datas pontuais por falta de recursos para confecção de materiais de divulgação. O modo como a comunicação é percebida nas instituições de saúde é predominantemente instrumental, com valorização de materiais impressos como *folders* e cartazes. Essa dimensão permeia as políticas e as práticas, ocultando outras dimensões possíveis: política, teórico-metodológica, epistemológica (ARAÚJO, 2012). E há uma naturalização das práticas de comunicação na relação com o outro e da própria ideia de comunicação, o que é um aspecto preocupante, por esvaziar uma compreensão mais crítica do fenômeno e impedir que a comunicação seja um fator de mudanças ao potencializar vozes não dominantes.

As normativas e as diretrizes da saúde são gêneros discursivos oficiais que devem ser observados em suas condições de produção, pois são práticas comunicativas situadas. A partir da compreensão sobre a construção das diretrizes, podemos perceber “processos pragmáticos que vinculam as unidades textuais a estruturas dominantes de poder” (HANKS, 2008, p. 86). Abaixo, a gestora Clarice explica alguns aspectos sobre o processo de elaboração das

diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero (BRASIL, 2011c) e sobre a revisão dessas diretrizes, em curso atualmente.

Clarice: ...a gente tem as diretrizes nacionais, que a gente realiza e elabora baseado nas evidências disponíveis. Não é uma decisão política, é uma decisão baseada em evidências. (...) A gente, em 2011, a gente atualizou as diretrizes por conta do controle de câncer do colo do útero. Foi uma experiência muito rica, porque a gente criou uma rede junto com os representantes da associação... Associação Brasileira do Trato Genital Inferior, ABPTGIC, né, e Colposcopia*. E aí, na época, a gente fez uma parceria muito interessante, a gente conseguiu fazer a revisão das diretrizes. Então, a gente envolveu vários profissionais, de vários capítulos, né, dessa sociedade no país. Então, houve uma integração muito grande com a sociedade, representante de profissionais, e aí a gente conseguiu divulgar isso, né? A gente lançou as diretrizes... Ia ter, em 2011, um Encontro Mundial de Colposcopia, que ia acontecer aqui no Rio de Janeiro. Então, a gente juntou isso, distribuiu as diretrizes, lançou as diretrizes ali, distribuiu... Então, foi que nem água. A gente, assim, fez um vínculo com eles em congressos, reuniões, participou de congressos, montamos mesas junto com eles nos congressos que eles organizavam. Então, a gente conseguiu divulgar bem esse trabalho. Mas, assim, mudanças de conduta, é um processo lento, né? Mas a gente conseguiu avançar, eu acho que em vista do que a gente tinha antes, a gente conseguiu avançar bem nessa divulgação. Alguns ainda são resistentes a algumas diretrizes, mas a maioria concorda e tenta... até divulga. Não é raro, às vezes, a gente ir num encontro, encontrar profissionais, né, da sociedade, representante da sociedade que apresenta as diretrizes do Ministério da Saúde. E concordam, e falam. E aí esse ano a gente... final do ano passado, no meio do ano passado, a gente começou a revisar de novo essas diretrizes, na mesma lógica, e envolvendo todos os capítulos. E agora, ampliando. A gente faz até a discussão, é aberto pela rede RUTE**, né, pessoas participam pelo Skype. (...) a gente ainda tem que avançar muito. Porque, na prática, ainda a gente escuta profissional falando que o exame é a cada seis meses, falando que tem que fazer anual e que tem que fazer depois que começa a vida sexual e não aos vinte e cinco, como a gente recomenda, mas... E essas diretrizes elas foram construídas baseadas em evidências, foi feita toda uma metodologia de discussão pra avaliar a qualidade dessas evidências científicas. Então, tem toda uma metodologia. Agora em agosto a gente vai fazer uma reunião pra começar a consolidar e fechar pra ver se até o final do ano a gente lança as novas diretrizes. Então tá... acho que isso foi uma estratégia importante...

Entrevistadora: E essa discussão aberta, que você tá falando, aberta a comentários de profissionais?

Clarice: Isso, isso, ainda vai pra consulta pública, né? Aí, em 2011, ela foi pra consulta pública. E essa também vai. Mas, agora, o processo de agora, tá envolvendo mais profissionais, tá envolvendo é... A gente divulga, cada capítulo do texto fica responsável por quatro ou cinco... quatro, mais ou menos quatro profissionais, que revisam, atualizam e apresentam pros demais discutirem, né, e aí opinarem...

Entrevistadora: Os coordenadores estaduais participam?

Clarice: Não, não, não. Os profissionais são os médicos, os ginecologistas que atuam na área de controle do câncer, que trabalham... São especialistas mesmo em colposcopia..., né, atualizados. Então, é um grupo bem... aí tem

gente, tem pessoas do Sul, do Norte... (CLARICE, entrevista 11 – gestora nacional).

* Associação Brasileira de Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia

** RUTE - Rede Universitária de Telemedicina / Rede Nacional de Pesquisa

A enunciação da gestora começa considerando que a decisão baseada em evidências não é uma decisão política. Na sequência, diz que a revisão das diretrizes em 2011 contou com a parceria da Associação Brasileira de Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia, onde vários profissionais da Associação participaram dessa construção. Sem desmerecer o trabalho metodológico de discussão das evidências realizado para revisão das diretrizes nacionais, temos que ressaltar como questão de comunicação que evidências científicas também são construções políticas. Afinal, há controvérsias na ciência que possibilitam a interferência de interesses políticos e econômicos na definição de evidências.

Clarice explica que a revisão das Diretrizes, em curso na época, ampliou a discussão via videoconferências com profissionais de diversas regiões do país (cita posteriormente na entrevista: São Paulo, Goiás, Pernambuco, professores de universidades do Paraná e Unicamp, e equipe técnica do Ministério da Saúde em Brasília e no Rio de Janeiro - INCA). Perguntada sobre a participação mais ampla de profissionais, ela afirma que são médicos, ginecologistas que atuam na área de controle do câncer, especialistas em colposcopia, atualizados, que discutem a revisão das diretrizes nacionais de rastreamento do câncer de colo de útero. Essas são as vozes autorizadas a construir as diretrizes nacionais. Os profissionais de saúde, coordenadores de áreas nos estados e municípios e lideranças do movimento de mulheres podem contribuir em outro momento, após os especialistas finalizarem as diretrizes, quando é aberta a consulta pública para contribuições da sociedade civil ao documento.

As políticas de saúde no Brasil reforçam traços da ordem sociopolítica brasileira, que ajudam a constituir e a estabilizar. Uma dessas características está na concentração de poder e na participação restrita da população a decisões. Mas as políticas públicas também tomam novos rumos a partir de reivindicações de movimentos organizados da sociedade, como na relação da saúde como um direito, na década de 1980, base de criação do SUS. A criação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PAISM, em 1983, também foi um marco histórico de mudança na compreensão do cuidado da mulher, fruto de reivindicações compartilhadas pelos movimentos sanitário e feminista (MEDEIROS; GUARESCHI, 2009).

5.2.4 Espaços de direito à voz

Elza tem 34 anos, é casada, tem um filho. Ela tem um longo histórico com os serviços de saúde por problemas ginecológicos, com diagnóstico de ovário policístico, duas gravidezes de risco e episódios de sangramento, tendo ido anteriormente duas vezes à Bolívia para tratamento. Dessa vez, ela procurou o serviço de saúde porque estava há três meses sem menstruar e conseguiu uma consulta com um ginecologista em um centro de saúde próximo à sua casa, em Rio Branco. Na consulta, ela pediu para fazer o preventivo. Embora o médico tenha dito que ela teria que fazer com a enfermeira, ela insistiu alegando que tem um filho pequeno é difícil ir ao posto. Ele fez o exame, mas disse que não sabia se ia dar certo, pois o útero estava muito avermelhado e sangrou na hora. Uns dias depois, a menstruação desceu e não parou mais. O resultado do preventivo chegou sem alteração, mas mesmo assim ela conseguiu um retorno, só que para outro ginecologista, em outro centro de saúde. Ele confirmou que o preventivo não tinha alterações e, quando ela disse que estava sangrando há dois meses, passou uma medicação, sem examiná-la. O sangramento não parou e ela foi à maternidade, onde há atendimento de emergência. Por duas vezes aconteceu a mesma situação com ela na maternidade: foi examinada por um médico e recebeu a indicação de fazer uma raspagem no dia seguinte. Voltando com um médico diferente, ouvia que não havia indicação para o procedimento. Um dos médicos disse que havia uma ferida, deu um medicamento para estancar o sangramento e um encaminhamento para o Cecon, para dar continuidade ao tratamento. No final de maio ela foi à primeira consulta no Cecon e teve a indicação de fazer uma cirurgia de alta frequência – CAF e uma biópsia. Mas, por um problema no aparelho de esterilização, disseram que não poderiam marcar a data para o procedimento. Como não souberam informar quando seria resolvido o problema, ela foi à ouvidoria da Secretaria de Estado de Saúde.

Elza: E aí eu vim aqui na segunda-feira, foi quando a doutora (nome) disse que eu tinha que fazer, né, eu tinha que fazer o CAF* e tinha que fazer a biópsia. Mas o aparelho, infelizmente, tava... o que faz a esterilização, né, do material, ele tava esculhambado. E falaram pra mim que não sabiam nem quando que ia arrumar esse aparelho. E aí nós fomos, fomos lá na Sesacre**, na ouvidoria da Sesacre.

Entrevistadora: Mas antes você conversou aqui com a enfermeira, conversou com um monte de gente aqui para saber...

Elza: Foi, conversei. Mas ninguém deu nenhuma posição. E aí, meu esposo: “*Vamos lá na Sesacre ver o que que eles podem fazer*”. E aí nós fomos lá. Nem estavam sabendo. Pra você ver a comunicação como é que é, né? É falha. A comunicação, o ser humano é falho em comunicar. Chegamos lá na ouvidoria, eles falaram que não estavam nem sabendo desse problema, desse equipamento. E aí ligaram na hora pra cá (Cecon), a moça ficou de pegar detalhes, ver se realmente era isso mesmo, ficou de confirmar. E aí depois ela ligou pra mim, daqui do Cecon, dizendo que realmente o aparelho tava com problema, mas que eles já tinham mandado arrumar, estavam esperando a pessoa, né, vir arrumar o aparelho. E aí no outro dia, passou-se... foi na segunda, passou terça e aí ontem que me ligaram, na quarta, né, dizendo que já tinham providenciado o aparelho. E a moça lá da Sesacre também me ligou na terça-feira mesmo, ele me ligou dizendo que tinha comunicado, que tinha comunicado, né, que eu precisava fazer o procedimento, e ela disse que era pra me dar uma resposta se tinham arrumado mesmo, né, se não ia ter essa demora. E aí ontem a moça me ligou daqui do Cecon já dizendo que já tava ok o aparelho e que hoje, né, quinta-feira ia fazer o procedimento do CAF (ELZA, entrevista 03 – usuária - Cecon).

* CAF - Cirurgia de Alta Frequência

** Sesacre – Secretaria de Estado de Saúde do Acre

O marido de Elza, que ela ressalta em discurso citado no enunciado, foi quem insistiu para irem à Secretaria de Estado Saúde, o que demonstra a contribuição da família ao pensar e propor recursos que interferem nos itinerários terapêuticos (GERHARDT, 2006). Na entrevista, Elza cita a participação da família em vários momentos na compreensão da enfermidade e na construção dos caminhos de cuidado, como em duas vezes que foi à Bolívia fazer consultas e procedimentos por indicação da mãe, que havia tido essa experiência no país vizinho.

Elza conseguiu resolubilidade na questão apresentada à ouvidoria em uma semana, mas esse tipo de resposta nem sempre é comum. A tomada de providências não é considerada uma responsabilidade da ouvidoria e sim da unidade de saúde notificada, segundo explica a gestora estadual, embasada pelas normativas da área.

Porque é o papel da ouvidoria correr atrás dessa informação, da necessidade do cidadão. O cidadão é quem tem direito, o cidadão é quem tem vez. A resposta, a gente não pode dar a resposta que o cidadão quer, é claro. O cidadão gostaria de ter a resposta de imediato, gostaria que fosse assim, assim, assim. Mas que a resposta vem, ou dentro do prazo ou com atraso, vem. (...). Só que a ouvidoria não tem como exigir a providência. A ouvidoria tem como dar conhecimento. Então, não é papel da ouvidoria cobrar providência, a gente cobra a resposta. Às vezes o cidadão fica insatisfeito porque diz assim: “*a ouvidoria não vai fazer nada?*” Mas a ouvidoria já fez, já recebeu o cidadão, já ouviu o cidadão, já entendeu o cidadão, já encaminhou a reclamação dele, tudo documentado, tudo

protocolado por papéis. (...) Se o gestor não toma providências, a ouvidoria não pode obrigar. E aí ninguém pode tá... responsabilizando a ouvidoria se o gestor não tomou providência. Porque o papel da ouvidoria foi feito (RAQUEL, entrevista 14 – gestor estadual).

O Acre teve a última ouvidoria estadual implantada do país, em 2012. As ouvidorias são relativamente recentes no país, sendo a partir de 2007 iniciado o apoio à implementação de ouvidorias nos estados e municípios, de forma a integrar o Sistema Nacional de Ouvidoria. As primeiras experiências associadas ao atendimento telefônico em centrais como o disque-denúncia ocorreram na década de 1990 (BRASIL, 2014). Em pesquisa sobre o processo de participação em uma ouvidoria do SUS, foi constatado que poucas pessoas conhecem esses mecanismos, sendo superficial a compreensão da população sobre o trabalho desenvolvido (ANTUNES, 2008).

As ouvidorias são consideradas pelas políticas públicas oficiais como fundamentais para a democratização dos serviços de saúde, mas pesquisas constataam que ainda estão distantes de se firmarem como um mecanismo de controle social (ANTUNES, 2008; PEIXOTO, MARSIGLIA, MORRONE, 2013). A ouvidoria cumpre em parte esse papel, mas ainda é preciso ampliar sua visibilidade e credibilidade junto à população, além de aprimorar e potencializar suas práticas para contribuir efetivamente na avaliação de políticas públicas e reorganização dos serviços. No entanto, é preciso destacar o potencial das ouvidorias em favorecer a comunicação entre usuários e gestores das instituições.

As ouvidorias vêm ampliar o espaço institucional de escuta dos usuários, somando-se aos conselhos e conferências de saúde, mas garantindo de forma diferenciada uma participação direta e não representativa. Para Inesita Araújo, dar voz é a “condição mínima para atores sociais se tornem atores políticos, agindo sobre sua própria condição” (ARAÚJO, 2012, p. 134). E os usuários também buscam esses espaços de participação direta fora das instituições, como retrata abaixo o enunciado de Elza.

Elza: Eu, conversando com a minha mãe ontem, disse que passou até na televisão, o... o... como é que é? O... do Gazeta Alerta... o Edvaldo Souza falando. Eu falei: “*Sim, mas nós não levamos à frente, não*”. Se foi falado na televisão é muito bom, lógico, mas não partiu nem de mim, nem do meu esposo. Mas acho que foi alguém lá da ouvidoria. Eu imagino, né? Mas a minha mãe disse que foi falado do... desse aparelho que esteriliza, disse que tinha uma mulher esperando, urgente (risos). Tava com urgência em fazer esse procedimento, disse até que estava até no NIC*. Como é que é que fala? No NIC 3, para fazer esse procedimento. (...) Tava em urgência e esse equipamento quebrado. E também falou lá do Pronto Socorro, do aparelho

do Raio X, também, que ele disse que é uma vergonha. Minha mãe disse que ele falou, falou e falou mesmo. Disse que era uma vergonha, que o Estado estava com esses equipamentos esculhambados. Tendo pessoas na fila, esperando. Eu acho que foi válido e muito válido. Só que às vezes a gente não sabe é o caminho, por onde ir, né, pra chegar lá, pra ver se tem uma solução, se agiliza. Porque eu acho que tudo tem uma solução, só que às vezes a falta de comunicação, tal, tá tendo aí, nesse tempo.” (ELZA, entrevista 03 – usuária - Cecon)

* NIC - Neoplasia Intra-epitelial Cervical

Os enunciados de Elza nos apontam outras formas de participação direta encontradas pelos usuários para intervir em uma situação de saúde, acionadas cotidianamente dentro e fora dos espaços institucionais do SUS, como a denúncia na imprensa. Essa pode ser considerada uma forma de participação do usuário, que tem grande visibilidade na sociedade. Embora não tenham sido identificadas situações específicas nesta pesquisa, é necessário citar a crescente apropriação de tecnologias possibilitadas pelo telefone celular, como registro de vídeos e fotos de situações do cotidiano da saúde, cujas denúncias têm ganhado repercussão em redes sociais, muitas vezes sendo reproduzidas também pelos meios de comunicação de massa.

Os gestores e profissionais de saúde costumam identificar as conferências de saúde e os conselhos, nas esferas nacional, estadual e municipal como espaços de participação do usuário. Mas seus discursos indicam também outros espaços com possíveis de escuta, como as já citadas ouvidorias da saúde e mídia - especialmente rádio e televisão, e também interações via internet garantidas pela a Lei de Acesso à Informação, Conselho Municipal dos Direitos da Mulher, audiências públicas e Ministério Público.

Na Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco identifica-se a abertura à escuta informal das mulheres que vão pessoalmente ou ligam para a área técnica. Há um entendimento por alguns gestores de que as críticas recebidas são formas de conhecer os problemas e podem ser visualizados como sugestões ou possibilidades de desfazer nós nos serviços de saúde. No entanto, não existem avaliações sobre essas demandas nem pelas unidades ou secretarias de saúde, tampouco no âmbito das ouvidorias estadual e municipal, embora sejam produzidos periodicamente relatórios com indicadores, que são enviados aos secretários(as) de saúde. As reclamações mais recorrentes na área técnica ou nos meios de comunicação locais, segundo gestores entrevistados, são relacionadas ao tempo de espera de exames ou consultas.

No âmbito nacional da política pública, vale destacar como um espaço de participação de representantes de usuárias a proposta do comitê de mobilização social, que promoveu

encontros com lideranças do movimento de mulheres. Clarice, gestora nacional, fala que houve uma confluência entre os interesses da equipe nacional em escutar as usuárias e a presença de uma servidora pública do movimento de mulheres, que permitiu essa aproximação, iniciada em 2008. Foram realizados quatro encontros com lideranças dos movimentos de mulheres: três nas Regiões Norte / Nordeste, que contaram com um grupo heterogêneo de movimentos locais (Belém - 2011, Manaus e Recife - 2012) e um encontro em Brasília, em 2013, com as lideranças nacionais.

E a gente começou a fazer um diálogo com o movimento de mulheres. Então, a gente (...) fez o encontro de lideranças de mulheres lá na região Norte, no Pará. (...) Em 2011, foi o primeiro encontro em que a gente reuniu representantes de movimentos. Então, a gente tinha lá uma representante das prostitutas, tinha uma mulher representante das educadoras, tinha das parteiras, tinha da indígena, tinha trabalhadora rural, tinha do interior do baixo Amazonas... Enfim, era um grupo bem heterogêneo, tinha pessoas de organizações de portadoras, né, de doenças e... E a gente conseguiu ouvi-las. E o nosso intuito, naquele momento, foi no ano da Conferência Nacional de Saúde, era mobilizá-las para levar o tema do controle do câncer do colo do útero para as conferências municipais. E daí pras estaduais e chegar ao tema na nacional, né? Mas o grande intuito ali era juntar as secretarias estaduais com o movimento organizado de mulheres, né? Pra tentar... Foi um momento tenso em algumas situações, né? (risos) Mas foi uma experiência muito válida que a gente tem tentado repetir. E a gente depois voltou em 2012, com essas mesmas mulheres. E aí fizemos em Manaus um trabalho, até com a Fiocruz, no prédio da Fiocruz, lá em Manaus. E a gente repetiu em 2012 também, no final do ano, com a região Nordeste. A gente foi pra Recife. E ano passado, em 2013, a gente fez, mas só com as lideranças nacionais. Então, a gente pegou lideranças nacionais, não especificamente movimentos locais, mas as lideranças nacionais. E é importante a gente ouvir essas mulheres, que são organizadas, que tem voz com outras mulheres (CLARICE, entrevista 11 – gestora nacional).

Ressalta-se que, ainda que seja dada importância à escuta dessas mulheres, a voz que elas têm enquanto organizações que mobilizam outras mulheres é bastante valorizada, pois permite uma ampliação na circulação de informações. Um encontro foi realizado com confessada intencionalidade: visava levar o tema do câncer de colo de útero para conferências e promover aproximações entre as secretarias estaduais com o movimento organizado de mulheres. Os diálogos entre diferentes discursos acontecem levando em consideração conflitos – momentos tensos – e consensos. No âmbito da gestão nacional, há um contato menor com os usuários, segundo a gestora nacional Ana Maria, que cita outros espaços onde essa escuta tem sido possível.

Eu avalio que a gente tem pouco contato com o usuário. A gente tem quando a gente é chamado no Conselho Nacional de Saúde, a gente tá lá, a gente sabe que é um segmento de usuários, eu acho que é um espaço. Tem agora, com a Lei de Acesso a Informação, os usuários às vezes tem algum... fazem algumas perguntas, então eu acho que aumentou, facilitou algumas coisas. Mas as perguntas, em geral, não são sugestões em relação a políticas, são específicas do próprio caso ou alguma denúncia, vamos dizer. Em geral, os comentários dos usuários na parte da política de transparência no site, né? (...) Mas eu sei que desde o início de 2011, tem um comitê de mobilização social. (...) No ano passado, a gente fez um evento desse comitê. Ele não ficou do jeito que eu gostaria, foi um evento muito mais de prestação de contas, a gente não ouviu, a gente fez essa avaliação depois do evento. E esse ano a gente quer construir ele um pouco diferente, com mais participação, talvez pequenos espaços para oficinas, mas é uma construção, ainda, que a gente tá discutindo internamente aqui na equipe. (...) Um outro contato mais que... um contato, digo, que indireto, nas audiências públicas que a gente participa tanto do Senado como da Câmara de Deputados, algumas delas tem pacientes presentes. Em geral eles não podem falar, né, quem fala nas audiências são os legislativos. Mas, às vezes, depois, eles abordam, uma coisa muito rápida, mas é o espaço às vezes de manifestação de alguma questão nesse sentido. Mas mais as usuárias... muito mais do câncer de mama do que câncer do colo do útero. (ANA MARIA, entrevista 23 – gestora nacional).

(...) o comitê de mobilização que eu te falei. Que é um comitê que eu acho que a gente precisa avaliar o jeito que hoje ele funciona, a gente tá avaliando desde o ano passado, que a gente fez a primeira reunião. Ele tem usuário, tem a sociedade civil científica, organizada, mas ele ainda é um comitê desses que eu te falei, de prestação de contas, né? Então, eu acho que é uma coisa que a gente precisa fortalecer dentro da política são essas parcerias, né? (...) Mas a ideia que a gente torne ele um lugar de maior conversa, de maior discussão, não só de prestação de contas, onde a gente possa ouvir, dialogar, explicar as coisas que a gente tá fazendo. Porque, por exemplo, tem muito erro de interpretação, de como a mídia pega e interpreta. A portaria, a questão do rastreamento da mamografia é nítida: “*Ah, só faz uma mama...*” Não é isso... mas foi isso que ficou, ficou nas redes sociais. Então, acho que isso é um desafio que a gente precisa fortalecer e, tendo parcerias, isso é o que mais fortalece, né? (ANA MARIA, entrevista 23 - gestora).

Uma observação que Ana Maria faz é sobre a avaliação do encontro do comitê de mobilização social com as lideranças do movimento de mulheres em 2013, em Brasília, considerado um evento mais de prestação de contas e que não ouviu as mulheres. Ela acredita que uma organização diferente, com oficinas, possa garantir participação mais efetiva em um próximo evento. Continuando a avaliação sobre o comitê de mobilização, ela aponta a potência dessas parcerias discussão sobre as diferentes compreensões que as ações governamentais provocam na sociedade. Mas também não deixa de reforçar uma tendência à prestação de contas ao manter a explicação das coisas que estão fazendo.

As gestoras nacionais apresentam claramente em seus discursos a abertura à inclusão de vozes da sociedade civil e de usuárias em assuntos da área. Mas dois aspectos podem ser problematizados. O primeiro é a forma de fazer essa inclusão e promover a participação, que ainda passa por ajustes e acertos, existindo a possibilidade de que alguns momentos reproduzam a transmissão vertical de saberes legítimos e autorizados aos participantes. Outro aspecto é a seleção dos temas aos quais são permitidas discussões por grupos mais amplos, decididas *a priori* pelo discurso oficial.

Os núcleos discursivos centrais, segundo Inesita Araújo (2002), não são homogêneos e comportam discursos diferenciados que lutam por hegemonia. A aproximação com os núcleos periféricos cria mediações entre as posições discursivas de poder e pode acontecer por vários motivos, seja por convicção ou visando fortalecer lugares de interlocução. A democratização do discurso é uma das formas de manifestar e fortalecer as alianças, mas ela não dilui a assimetria de poder existente entre pessoas e grupos, especialmente quando o poder institucional é o anfitrião de um encontro. Araújo diz que quanto mais sutis as estratégias de encobrimento das assimetrias, mais elas são eficazes. “A legitimidade do saber de quem fala, principalmente nos espaços marcadamente institucionais, é um fator determinante do lugar de interlocução e portanto das relações de poder” (ARAÚJO, 2002, p. 165).

Cora, que participou de alguns encontros, como o realizado em Belém, em 2011, como representante da Associação Amigos de Peito, faz sua avaliação: tem direito à voz, mas suas sugestões não são implementadas.

Porque abertura pra falar nós temos, eu já participei de muitos encontros, dava sugestões e tudo, mas agora, ser posto na prática o que a gente cobra, é mais difícil. (...) Então, aí, nas palestras, quando a gente vai falar que tem que fazer o exame, muitas vezes nós ficamos assim tristes, porque as mulheres assim: “*Mas, Dona (Cora), mas é muito bonito, é muito bom a senhora dizer isso, só que mandam...*” - elas dizem assim – “*mandam caminhão, mandam aqueles carros pra ir fazer no interior, na zona rural, que é onde eles vão mais, manda a gente ir pros postos, aí a gente vai, faz os exames com aqueles enfermeiros, depois o resultado que ninguém acha*”. E isso já foi comprovado, que eu já busquei informações. E a gente sabe que existem inúmeros exames lá guardados porque não dão conta de fazer, de dar o resultado. E quando vai sair o laudo, cadê essa mulher? Como entregar pra essa mulher? É tanto que a gente já até sugeriu num seminário que nós fomos em Belém, até com o povo lá do INCA, nós sugerimos que... aí eles até disseram que ia fazer, assim, um sistema de rede, pra identificar essa mulher. Só que aí, esse sistema de rede, ele é feito. Só que eles só buscam aquela que já está com problema, né? A preocupação deles é buscar aquela que tá com problema. Mas o que eu vejo, na minha... no meu ponto de vista, assim, aquela que não deu problema também, ela tem interesse de saber o

quê que deu no seu exame (CORA, entrevista 13 – representante do movimento social).

As falhas na entrega do resultado do exame para mulheres que não tiveram alterações graves são identificadas por Cora como um problema. Ela descreve citando literalmente o discurso das mulheres. Heckert (2005) chama a atenção para a riqueza de aprendizagem dos movimentos sociais, que muitas vezes não são percebidas pelas políticas públicas. Os efeitos da participação devem ser buscados não apenas nos espaços institucionais ou pelos avanços visíveis que obtêm, mas também nas problematizações e ressonâncias que expressam as experiências compartilhadas no cotidiano, os problemas ainda não vislumbrados, o questionamento das práticas tuteladoras, afirmando os sujeitos e seus projetos de vida. Algumas dificuldades com recebimento do exame foram relatadas por usuárias da pesquisa e esse pode ser um elemento que desestimula mulheres com resultados normais a manter a periodicidade na realização da coleta.

5.3 ITINERÁRIOS DO VÍNCULO

5.3.1 Autorregulação e responsabilidade profissional

Dona Teresa tem 52 anos e 8 filhos, todos adultos. Ela e o marido moram na zona rural do Guajará, no Amazonas, em uma vila próxima da cidade. Ela descobriu uma alteração por um exame preventivo que fez no posto de saúde da sua cidade. O médico pediu para ela fazer uma biópsia em Cruzeiro do Sul, a segunda maior cidade do Acre, que fica a 21 km do Guajará. Ela pagou um exame particular e o resultado diagnosticou células cancerígenas. Chegou a dar entrada no encaminhamento pelo serviço de Tratamento Fora de Domicílio (TFD), mas como achou que ia demorar muito para receber a passagem, viajou de ônibus por conta própria para a capital, Rio Branco (distante 630 km), onde mora a filha. Esta tem uma amiga que trabalha na Associação Amigos do Peito que poderia ajudar a resolver o tratamento. D. Teresa foi atendida no Cecon e precisou fazer outra biópsia, porque não aceitaram a que ela trouxe. “Deu positivo de novo, o mesmo que tinha dado na outra, né?”. Foi encaminhada para o Hospital das Clínicas (Fundhacre) para uma cirurgia, mas disseram que a doutora ia operar a mão e não sabiam quando ela voltaria a atender. Falou com o marido por telefone e ele disse para ela voltar, para ver se conseguia operar por lá, pois já tinha passado três meses em Rio Branco. “Não foi fácil, não”. Voltou para casa e conseguiu fazer a

cirurgia com o mesmo médico que a atendeu antes, que também trabalha no Hospital de Cruzeiro do Sul. Ela “tirou o útero” em setembro de 2012 e desde então o médico sempre falava que ela tinha que ir para Rio Branco fazer o tratamento.

(O médico de Cruzeiro do Sul)

Teresa: Ele falou que era pra mim vir fazer esse tratamento. Mas aí o TFD não se responsabilizou-se, por causa que... Era pra mim ter vindo, aí eu perdi minha identidade e eles me deram minha passagem assim mesmo. Quando eu cheguei no aeroporto não deixaram eu embarcar, aí eu voltei. Em vez deles ter feito logo um jeito de eu vir logo, né? Aí passou o ano todim, aí agora que eu vim conseguir.

(...)

Entrevistadora: Mas isso foi agora... quando que foi essa viagem, agora pra cá?

Teresa: Pra cá? Foi agora em dezembro, tava com um ano já, que era pra ter vindo, aí foi que eu vim.

Entrevistadora: A senhora tá dezembro até agora, maio, aqui fazendo tratamento?

Teresa: Não, eu vim aqui, aí voltei. Mostrei um preventivo que eu tinha feito, aí o doutor disse não, que não tinha nada não.

Entrevistadora: Aqui, que ele falou?

Teresa: Aí, eu voltei, aí quando foi pra mim vir, dia seis de março, tava minha consulta marcada, aí eu vim. Quando eu cheguei aqui, ele me passou pro ginecologista. Aí foi onde ela fez a biópsia em mim de novo. Aí passou pra mim fazer a radio (radioterapia).

Entrevistadora: Assim, desde lá, da primeira vez quando deu o preventivo e fez a biópsia, como que é a questão da informação? A senhora sabia o quê que tinha?

Teresa: Sabia, o doutor... Eles fizeram a biópsia e eles falaram pra mim que era o câncer mesmo. Aí o doutor que me operou, que ele sempre que me examinava, ele falava que eu precisava de vir. Mas o TFD não mandava, né? Aí não tinha como vir (TERESA, entrevista 07 - usuária - Unacon).

O itinerário de D. Teresa transcorreu com muitas idas e voltas aos serviços de saúde, com situações que muitas vezes a desestimulavam a prosseguir nos cuidados. Quando foi pela primeira vez a Rio Branco, por conta própria (autorregulada), em abril de 2012, teve que refazer todos os exames novamente, demorando três meses para chegar ao mesmo diagnóstico inicial. Com a falta de um profissional para a cirurgia indicada e sem outros vínculos com profissionais ou unidades de saúde, quebrou-se a continuidade no tratamento e não houve resolubilidade. Ela e a filha, que a acompanha, relatam que em vários momentos desse itinerário ficaram confusas, pois ninguém explica nada.

Em uma pesquisa sobre as percepções de usuários e profissionais sobre acesso, acolhimento e vínculo, uma dificuldade observada foi o adiamento no tratamento por refazer

procedimentos já realizados (COELHO; JORGE, 2009). A falta de prontuários unificados foi considerado um empecilho para a comunicação na referência para outros níveis de atenção. Para Gerhardt (2006), além das dificuldades de acesso econômico e geográfico também se acrescenta o contexto cultural, em que o diálogo entre diferentes atores, somados às crenças e condutas individuais, influenciam a compreensão do problema.

A comunicação de profissionais com pacientes, acompanhantes e familiares é tema de várias pesquisas, segundo revisão integrativa de estudos realizada por Schimith *et al.* (2011). Negligência, variedade ou desencontros de informações, falta de registro escrito e linguajar técnico científico são algumas fragilidades encontradas nas práticas em saúde, que podem gerar angústia, ansiedade ou preocupações nos usuários e familiares. Segundo Coelho e Jorge (2009), o trabalho individualizado dificulta a circulação de informações para os próprios profissionais de saúde e, conseqüentemente, afetam as relações entre os trabalhadores e usuários. Por dificuldades de comunicação, esses últimos podem ser excluídos das dinâmicas dos serviços.

O médico que atendeu D. Teresa desde o exame preventivo na atenção básica foi quem fez sua cirurgia, na falta de resolubilidade da primeira ida dela a Rio Branco, assumindo a responsabilidade pelo caso mesmo sem contar com a ideal avaliação de um oncologista – na época, serviço existente somente na capital. Ele sempre a consultava e insistiu para que ela continuasse o tratamento, pois tinha o diagnóstico de câncer desde o início. Esse vínculo, baseado em uma relação de confiança e diálogo, foi fundamental para garantir a continuidade, pois ela diz que nem acreditava que estava doente. Em uma revisão sobre o vínculo na atenção à saúde foi identificado que as relações de vínculo podem contribuir para o processo de adesão terapêutica, levando o paciente “a entender a significância de seu tratamento, a confiar nas recomendações dos profissionais que o atendem e seguir corretamente as recomendações prescritas” (BRUNELLO *et al.*, 2010, p. 132).

D. Teresa teve um contratempo, perdeu a carteira de identidade, o que impediu a viagem marcada pelo serviço de TFD no final de 2012. Durante um ano, foi várias vezes ao TFD e diz que eles nem ligaram para os papéis dela. Por sugestão do médico, deu entrada de novo e conseguiu o encaminhamento um ano depois da data inicialmente marcada.

Na consulta em Rio Branco, em dezembro 2013, trouxe um encaminhamento com indicação de radioterapia. O médico da unidade viu o exame preventivo, sem examiná-la, “disse que não tinha nada não” e autorizou-a a voltar para casa. No retorno, três meses depois, foi ao mesmo médico, mostrou uma tomografia solicitada e falou que tinha sangrado com a

pomada que foi passada. Ele a encaminhou para um médico, que fez um exame e indicou o tratamento com radioterapia.

O tratamento com radioterapia foi iniciado dois anos depois de D. Teresa ter o diagnóstico de câncer pelo resultado da primeira biópsia realizada em Cruzeiro do Sul. Atualmente, a Lei 12.732 /12 estabelece o prazo de até 60 dias para o início do tratamento pelo SUS, considerando a cirurgia ou radioterapia conforme a necessidade do caso (BRASIL, 2012c). As dificuldades que ela apresentou em seu itinerário, relacionadas à informação sobre os serviços, comunicação e vínculo na relação com profissionais interferiram na garantia do direito à saúde.

A falta de resoluções e a espera longa em vários momentos de seu itinerário terapêutico são experiências que moldaram a compreensão dela e da família que a acompanha sobre como enfrentar eventos e tomar decisões que gerem menos sofrimento. Depois de quase dois meses fora de casa, D. Teresa terminou a radioterapia e foi no mesmo dia ao serviço de Tratamento Fora de Domicílio, dar entrada no pedido de passagem de volta. Como era sexta-feira, pediram para ela ligar na segunda. Como achou que ia demorar muito, pegou um ônibus no fim de semana e voltou para casa.

5.3.2 (Des)continuidade do cuidado relacionada ao vínculo

Nara mora em Rio Branco, tem 48 anos, é casada e tem 2 filhos jovens. Ela teve diagnóstico de câncer de colo de útero e estava no final do tratamento de radioterapia. Os exames preventivos eram feitos com regularidade e ela foi várias vezes atendida pelo mesmo médico, que tratava inflamações diagnosticadas nos exames, mas não identificou quando o problema se agravou. Ela questiona o fato de não ter sido encaminhada para o serviço especializado em duas situações anteriores que ela considera ter tido alterações, em 2005, quando tomou remédios fortíssimos, e em 2009, depois de não conseguir colher o preventivo por ter sangrado. Os exames preventivos nunca deram alteração grave e ela ficou um tempo sem fazê-los. Quando voltou a fazer, em 2014, o resultado indicou o câncer. O marido é quem a acompanha, diz que faz tudo por ela. Ela costuma buscar informações pela internet sobre tratamento, como diminuir náuseas e tudo mais em relação ao câncer. Atualmente, ela está aprendendo a fazer comidas mais saudáveis, pois quer cuidar melhor da saúde dela e da

família. Leu na internet que tem chance de acabar com o câncer evitando corantes e conservantes e comendo mais frutas e verduras, o que antes não levava à sério.

As coisas vêm encaminhando lentamente, né? É uma coisa, assim, eu sempre fazia o preventivo, aí sempre só dava é... o que sempre dá, né? É uma inflamação, uma coisa assim, que passava sempre pomadinha, né? Creme, essas coisas. E um dia, mais uma vez, eu vim aqui na Fundação com doutor (nome). E, então, deu alguma coisa, ele viu que tinha alguma coisa mais séria, porque ele passou uns remédios bem forte, né? Eu acho que nessa época ele já podia ter feito algo, né? Ter... sei lá, mandado tirar, outra coisa parecida. Mas não, fomos tratando, né? Aí, quando foi em 2009, eu fui na Bolívia. E lá a ginecologista só disse que eu tinha que voltar e fazer urgente o preventivo. Eu vim, procurei o doutor (nome) de novo, dessa vez não foi na Fundação. E ele, por duas vezes, tentou fazer o preventivo, só que sangrava toda vez, né? Mas, mesmo assim, ele não me encaminhou, né? Ele parece que achou alguma coisa na mama e me encaminhou pro CECON, pra ver o problema da mama, tá. Mas aí de lá pra cá eu não fiz mais, né? Aí quando foi neste ano, eu tava sentindo muita coisa, tontura, essas coisas, já achava que era problema do útero, né? Aí eu fui lá na minha amiga, na Secretaria, e pedi pra ela conseguir um... porque é muito difícil de conseguir um ginecologista, não tem um ginecologista nos postos. Aí eu digo: "*Não vou fazer esse preventivo, porque não adianta, eu quero ir direto com o ginecologista*", né? Então ela conseguiu pra mim, já diretamente lá no CECON. E quando o médico me examinou, ele já se espantou. Ele disse: "*Misericórdia...*" Eu já imaginei que não era nada bom, né? "*Então vamos logo fazer a biópsia, né?*" Vamos, né? Eu fiquei tão nervosa, né? Eu disse: "*Não, agora não*". Eu tava menstruada também. Aí voltei na semana seguinte, que ele mandou fazer uns exames, aí já fez a biópsia. Aí fiz até particular pra sair mais rápido. Aí deu positivo, né? Eu sentia pouca coisa, não sentia sangramento, não sentia essas coisas, né? Eu sentia muita tontura, esses problemas. Então, ele já me encaminhou pra cá, pra Unacon. E chegamos aqui, tudo deu certinho. Sabe, aqui tudo... o atendimento é nota dez, sabe? Adorei, amei todo o pessoal, os médicos, tudo gente fina. Então, essa é a minha história (NARA, entrevista 28 – usuária - Unacon).

Ela conta que fazia exames preventivos com regularidade e foi várias vezes atendida pelo mesmo médico. Quando houve sangramento, ele não a encaminhou para uma unidade especializada para verificar se havia algum problema no útero. Desde então, houve uma descontinuidade no acompanhamento, pois ela não fez exames entre 2010 e 2013. Algo em sua experiência desacreditou a eficácia do preventivo: "Porque eu não acho que o preventivo sirva de alguma coisa. Porque tem gente que faz preventivo, faz preventivo, né? E depois quando descobre já tá..., né, bem avançado".

Por sua fala, a falta confiança na relação com o médico que a atendia com mais frequência pode ter contribuído para a descontinuidade do cuidado. Para Caprara e Rodrigues

(2004), as práticas médicas não costumam olhar o paciente por inteiro nem perceber como ele significa o processo de adoecimento, além disso, a familiaridade, a confiança e a colaboração podem interferir no processo diagnóstico e terapêutico.

Um aspecto da organização dos serviços que se destaca no itinerário de Nara é a fragmentação do corpo em partes: ela foi encaminhada e atendida na unidade especializada para exames da mama. Talvez, pelo exame preventivo não ter dado alteração, ela não teve encaminhamento para exames no útero em unidade especializada. Schimith et al. (2011) identificaram como fragilidades nas relações entre profissionais e usuários nos serviços a ênfase na visão biomédica e fragmentada. Para Coelho e Jorge (2009), os limites tecnológicos precisam ser reconhecidos, sendo necessário que os trabalhadores busquem ver o ser humano como um todo, em suas subjetividades, assumindo a responsabilidade pelo acompanhamento do usuário nos serviços.

Nara conta que fez uma consulta com ginecologista na Bolívia, que fica a 220 km de Rio Branco. Essa era uma prática mais frequente no Acre há alguns anos, devido à escassez de médicos especialistas na região, situação que hoje apresenta uma melhora, embora Nara e outras usuárias questionem a dificuldade de agendamento de consulta com ginecologista na atenção primária. Outras duas mulheres entrevistadas na pesquisa relataram experiências de consulta na Bolívia, provavelmente estimuladas por oferta de serviços particulares com preços acessíveis.

Na situação vivida por Nara, na Bolívia, a ginecologista identificou alguma alteração no exame clínico e pediu para ela fazer um preventivo com urgência. De volta a Rio Branco, ela voltou ao mesmo médico, mas ele não identificou um problema. “Eu tive que ir na Bolívia pra saber! Porque o ginecologista, o Dr. (nome) aqui, quando ele me examinou, não viu isso, né? A ginecologista lá ela olhou, assim, a olho nu, do jeito que o Dr. (nome) olhou. Então, como é que ele não viu, né?”. Na época, ela não questionou o médico. Para Jorge *et al.* (2011), a construção do vínculo que visa a resolubilidade de uma necessidade implica na existência de negociações, na construção mútua de consensos entre o profissional e o usuário.

Quando começou a ter umas tonturas, já em 2014, ela buscou o vínculo que poderia dar resolubilidade: uma amiga que trabalha na Secretaria Municipal de Saúde conseguiu marcar uma consulta com um ginecologista diretamente no Cecon, unidade especializada, sem passar pela unidade de atenção primária como previsto na estrutura formal da regulação dos serviços. Os usuários buscam vínculos que os auxiliem na condução do itinerário terapêutico, seja nas suas relações pessoais (como acompanhantes que dão apoio afetivo ou na compreensão de

informações) ou com pessoas com maior capital simbólico, que ajudam alterar trajetos estipulados pela regulação ou a agilizar prazos de consultas ou exames (LOFEGO; SILVEIRA, 2011). Os significados são construídos ao longo dos itinerários terapêuticos e o conhecimento da rede de atenção à saúde permite empreender caminhos que fogem aos fluxos formais do SUS (BELLATO; ARAÚJO; CASTRO, 2008).

Aracy mora na zona rural do município de Capixaba e tem 41 anos. É usuária do SUS, mas não consegue ter continuidade nos tratamentos relacionados ao controle de câncer de colo de útero, embora apresente queixas relacionadas a dores e inflamações há alguns anos. Ela foi entrevistada ao acompanhar a cunhada em uma consulta ao Cecon. Segundo ela relata, depois de inúmeras idas e voltas aos serviços de saúde no município onde mora, na capital e até na Bolívia, ela teve um encaminhamento para o Cecon feito pelo médico que a consultou no município. Mas a Secretaria Municipal de Saúde perdeu o encaminhamento e ela receia voltar e “levar um carão” do médico por ter deixado passar muito tempo desde que recebeu a orientação de que precisava fazer um tratamento.

Entrevistadora: Eu queria saber se você tem informação, se tinha antes sobre prevenção, de fazer o preventivo? E...assim, do cuidado da saúde, né? Como que isso é passado pra você?

Araci: Não, assim... Lá dentro é meio difícil, né, na zona rural, é... nas mata a gente não tem quase... a não ser um agente de saúde que poderia explicar, né? Levar uma explicação pra você, explicar direitinho pra você poder entender. Porque, assim, nesse tempo, nem televisão a gente não tinha. Porque, às vezes, quando a gente tem televisão a gente presta atenção assim, se interessa de ouvir ou ver um programa, que você tá vendo, e ele tá explicando e você tá entendendo, né? Mas nesse tempo, nem televisão lá em casa num tinha. Aí eu ouvia falar, como de fato teve umas campanha por lá, aí eu ouvi falar, me mostraram, mostraram pra gente lá, pra todo mundo lá dentro, uma..., tipo assim, uns folhetim, sabe? Que tinha aquele problema de hepatite, do útero da mulher, dos seio... que do seio até que fizeram bastante campanha assim: que a mulher, ela mesmo pode se fazer exame, levanta o braço, fica se examinando, principalmente na hora de tomar um banho, sempre diz assim, né? Aí... o útero do mesmo jeito também, que tem aquele papelzinho, aquele sempre um... Por acaso a gente vem na Capixaba, aí fizeram uma campanha lá no posto, alguém foi daqui fazer uma campanha, vamos supor, aí tem uns folhetim, aí a gente chega lá e às vezes eles tão de suposto lá pra você chegar lá e pegar. E você leva e lê em casa, né? Ali você se informa. É isso que às vezes acontece. Mas não tem, assim, aquela pessoa pra chegar e dizer: “*Olha, você tome cuidado, você se previna assim, assado...*” Não, de jeito nenhum, de maneira alguma. A gente... por acaso, agora, eu tenho luz lá e tenho televisão e tem um programa que sai, do Bem Estar, na televisão. Então, eu gosto muito daquele programa, aquele programa lá ensina tudo, né? Desde da unha ao fio de cabelo, né? Então, é muito bom, é muito bom mesmo. Por acaso, se eu sei, aí eu chego pra você e já falo né: “*Ó, é assim, assim...*” Aí eu chego pra outra, você já chega pra

outra. Então a gente vai se comunicando, né? Aí a gente vai tomando cuidado.

Entrevistadora: E isso vai acontecendo também lá na zona rural, de uma conversar com outra sobre os problemas?

Aracy: Com certeza, com certeza... É assim que a gente fica, né? Porque ter aquela pessoa pra dizer, assim, não tem aquela conselheira, aquele conselheiro não tem, né? Você que se divide, você que conversa. Aquilo que você tava dizendo, é o diálogo, né, é uma com a outra. Porque se você sabe de uma coisa que é ruim, ou mesmo que seja boa, né, você já quer comunicar com a sua vizinha, né? Quer comunicar com sua cunhada, quer comunicar com sua amiga, é assim, né?

(...)

Entrevistadora: Bom, eu queria saber se tem alguém que você conhece no serviço de saúde, uma pessoa de referência, que você fala ou conversa lá em Capixaba? Ou aqui também.

Aracy: Agente de saúde, é?

Entrevistadora: Pode ser agente de saúde, pode ser enfermeiro, médico... Alguém que você encontra, tira dúvida...

Aracy: Não, aqui que bem que eu não tenho mesmo. Lá, em Capixaba, eu tenho umas duas pessoas só, que eu conheço, assim, que eu tenho intimidade, né, de chegar e conversar com ela. Mas uma coisa, assim, que, cê sabe, na zona rural, é muito difícil, a gente não consegue sair... Pra falar a verdade, eu tô assim... tá com cinco meses do ano, né? Primeira vez que tô saindo, primeira vez que tô saindo. Nunca mais tinha vindo na Capixaba. Então, aqui... Quando eu venho na Capixaba é às carreira, a gente vem num dia e no mesmo dia já volta. Se voltar no outro dia é porque tem alguma consulta, alguma coisa pra no outro dia de manhã. Aí a gente amanhece o dia, só dorme ali e amanhece o dia nas carreira de novo, vou fazendo as coisas até ir simhora. Enquanto não chega em casa, é aquelas correria, sabe. É assim, a gente não tem tempo... (ARACY, entrevista 06 – acompanhante de usuária).

Aracy cita várias fontes de informação que chegam até ela: as campanhas, folhetos, programa de televisão – confirma a veracidade do relato explicando o que aprendeu sobre o autoexame das mamas. Apesar de trazer em seu discurso alguns conhecimentos adquiridos em diferentes meios tradicionais, ela sente falta de um(a) conselheiro(a) ou profissional que explique, para ela entender. Isso leva a refletir que ter acesso a novas informações gera também outras perguntas, que precisam ser ressignificadas no diálogo com o outro para fazer sentido para ela.

O(a) agente de saúde, por exemplo, é uma pessoa da comunidade, mas também um representante institucional, que traz o discurso autorizado e pode ser um mediador entre a ciência e o senso comum, com influência na construção de sentidos de saúde e doença na sua área de atuação. Esse trabalho pode favorecer a comunicação dialógica, orquestrando as várias vozes circulantes em um determinado contexto para auxiliar a apreensão das pessoas

nas questões que trazem sobre saúde. Segundo Rozemberg (2007), essas atitudes e práticas devem ser reconhecidas e desenvolvidas com posicionamento crítico.

Por outro lado, os agentes de saúde também podem elaborar seu discurso em conformidade com os sentidos dominantes, visando maior capital simbólico para alcançar lugares de interlocução mais favoráveis. Araújo e Cardoso (2005) associam a estratégia ao conceito de hibridismo²⁷, considerado uma forma de reequilibrar desigualdades discursivas. O agente de saúde, ao reproduzir o discurso científico normatizado, pode ser reconhecido pela comunidade como um conselheiro e ser mais valorizado pela equipe de saúde a que pertence.

Para Aracy, a condição de moradia na zona rural traz dificuldades ao diálogo institucional com a saúde e faz com que ela e outras mulheres que vivem nas proximidades compartilhem conhecimento para o cuidado. A comunicação se efetiva pelo reconhecimento de condições semelhantes às suas na fala e escuta. Os novos conhecimentos, junto a experiências anteriores, ganham sentido nessas interações e vão gerando buscas por cuidado que atendam a suas necessidades que, no caso, passam por autocuidado, uso de chás e automedicação.

Seu enunciado, ao exibir ecos da palavra da entrevistadora, leva a uma reflexão sobre a capacidade dos entrevistados repetirem discursos quando solicitados, confirmando uma atitude responsiva a partir da interação com o próprio diálogo da entrevista: “Aquilo que você tava dizendo, é o diálogo, né, é uma com a outra”. Para Araújo e Cardoso (2005), métodos convencionais de investigação podem levar a respostas com as nossas próprias vozes. Ou a respostas que o pesquisador quer ouvir a partir de pistas e indícios prévios. Todas as entrevistas realizadas nesta pesquisa foram iniciadas com a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, contendo uma explicação sobre o tema e os objetivos. Isso não tira a validade dos depoimentos e nem da metodologia utilizada, mas aponta para a importância do rigor metodológico na elaboração dos instrumentos de coleta de dados e de leituras críticas das entrevistas.

Aracy destaca em seu enunciado que antes não tinha televisão, agora tem e assiste a um programa sobre saúde que ela acredita ensinar tudo. Uma afirmação que indica o valor que ela dá a essa voz na construção de seus saberes. Na polifonia social, um programa de televisão

²⁷ Homi K. Bhabha acentuou a natureza política do conceito e Nestor Canclini promoveu o conceito na literatura teórica latinoamericana. (ARAÚJO, 2002, p.72; ARAÚJO; CARDOSO, 2005, p. 246)

consegue amplificar sua voz e ser ouvido inclusive no cotidiano da zona rural, se conformando em um vínculo presente e constante. Na produção do discurso televisivo, Araújo e Cardoso (2005) identificam uma concepção de saúde baseada na priorização do discurso científico legitimado pelas autoridades no assunto e ressaltam a proeminência de discursos das empresas privadas, especialmente produtores de medicamentos e operadoras de planos de saúde, nos grandes meios de comunicação.

No itinerário terapêutico de Aracy são relatadas dificuldades em dar continuidade à resolução de seus problemas de saúde em vários momentos da vida. A estrutura oficial dos serviços de saúde em sua região não tem contemplado as diferenças culturais e as necessidades diferenciadas das pessoas que vivem na zona rural.

Os dois enunciados apresentados nesta seção relatam dificuldades no acesso e continuidade dos tratamentos em diferentes condições e contextos, ambos incluindo consultas na Bolívia e uso de outros subsistemas de cuidado como ervas medicinais e autocuidado. Os itinerários terapêuticos permitem perceber formas de enfrentamento dos problemas que fogem da linearidade proposta pela organização dos serviços locais. Para Gerhardt (2006), deve-se considerar que não há uma configuração única para resolução de uma enfermidade e os indivíduos desenvolvem estratégias para enfrentar seus problemas dentro de seus contextos.

5.3.3 Responsabilidade: o ouvinte é um falante

Alcione tem 31 anos, 5 filhas, está separada do marido e mora na periferia de Rio Branco. Ela fez um exame preventivo no centro de saúde próximo de sua casa e foi avisada pela agente de saúde da área que havia uma alteração. Ela foi ao centro de saúde, recebeu o resultado do exame que apresentava uma lesão de grau 2 / 3 e saiu apavorada com o indicativo de câncer que a enfermeira anunciou na conversa.

Alcione: Ela disse pra mim cuidar logo, porque tinha dado alteração de risco e que provavelmente seria câncer. Mas só que ela não podia ter falado assim. Aí eu quase pego depressão. Fiquei aí um tempão, olhava... Porque essas coisas, assim, você tem medo, né? Você pensa logo na morte. Aí um monte de filho desse (risos), eu tenho só cinco (risos). Eu já pensei logo na morte já. Eu digo: “*Ai, meu Deus, vou morrer.*”

Entrevistadora: Mas aí você foi na psicóloga?

Alcione: Fui. Fui e ela conversou comigo... na realidade não foi uma psicóloga, foi uma outra enfermeira, né? Porque a menina que trabalha na saúde, eu conversei com ela, expliquei o que que a mulher tinha falado. Ela

disse: “*Não, eu vou falar com a enfermeira e tu vai lá conversar com ela*”. Aí eu conversei com ela. Ela explicou direitinho. Essa me explicou. Ela disse que poderia ser, mas poderia não ser, né? Porque esses negócios, assim, você tratando logo, tem jeito. Aí eu fiquei... Aí foi aí que eu fui ficando mais... Eu relaxei mais, né? Porque nem comer, eu tava comendo mais (ALCIONE, entrevista 27 – usuária - Centro de Saúde).

A noção de responsabilidade está relacionada ao lugar que cada pessoa ocupa no mundo à forma como reage ao que ocorre à sua volta, o que constitui uma responsabilidade por expressar seus valores. Para Bakhtin, quando um ouvinte compreende o significado do discurso, passa a ter simultânea ou imediatamente uma posição responsiva ativa, embora não necessariamente manifesta: “concorda ou discorda dele (total ou parcialmente), completa-o, aplica-o, prepara-se para usá-lo, etc.” (BAKHTIN, 2011, p.271).

Toda compreensão possui natureza responsiva, mas as manifestações desse ativismo podem ser bastante diversas. A passividade do ouvinte pode ser apenas momentânea, a resposta pode não ser imediatamente depois do enunciado pronunciado. A resposta pode se realizar com uma ação (no cumprimento de uma ordem), com um silêncio ou com um efeito retardado, mas “cedo ou tarde, o que foi ouvido e ativamente entendido responde nos discursos subsequentes ou no comportamento do ouvinte” (BAKHTIN, 2011, p. 272).

Dois discursos diretos citados por Alcione em seu enunciado merecem atenção. O primeiro corresponde à resposta que deu ao enunciado fatalista da enfermeira: “vou morrer!”, ainda que no momento do diálogo real ela tenha permanecido em silêncio. A reação que se seguiu foi de paralisia. O segundo discurso citado é “com a menina que trabalha na saúde”, com quem ela tem um vínculo, que reporta ao momento que ela intervém na situação visando uma resolução do problema e providencia uma conversa com outra enfermeira, providenciando uma solução dialógica. Só então Alcione constrói seu entendimento sobre a situação, baseada no conjunto de vozes e discursos apreendidos. E, então, relaxa e começa a agir na busca pelo tratamento.

A gestora estadual Hilda questiona esse tipo de discurso que ainda acontece na rede de atenção do SUS, do profissional que responsabiliza a usuária pela sua situação.

Então, eu acho que falta conversar mais, falta colocar mais, transparecer mais os fluxos, fazer o profissional que tá lá no serviço entender qual é o caminho que ele precisa fazer esse usuário percorrer dentro da rede. Porque a gente ainda sente que é o profissional de saúde, e isso é histórico, ainda coloca muito na mão do usuário a responsabilidade do acesso dele. Assim:

“Olha, você tem o NIC 3 agora vá lá e se vire, consiga acesso e se trate, porque senão em tanto tempo isso não tem mais jeito”. Isso, pra mim, é uma das coisas mais cruéis que pode acontecer dentro dessa rede. Mas ainda acontece (HILDA, entrevista 25 – gestor estadual).

O discurso citado por Hilda se reporta a um enunciado hipotético, mas coerente com o que ela identifica no cotidiano dos serviços. O trecho remete a uma visão de mundo do profissional de saúde, que considera o indivíduo como responsável por aquilo que acontece a ele. A visão dos processos de adoecimento predominantemente técnica e biológica pode levar a uma abordagem focada nos comportamentos, culpando o usuário por sua situação, sem levar em consideração sua realidade, condições de moradia, ocupação/trabalho, problemas, relacionamentos e outros fatores que podem interferir no curso de um tratamento (CORRÊA; RIBEIRO, 2012).

Jovelina, 26 anos, quatro filhos, moradora da área rural do município de Feijó, descobriu uma alteração no exame preventivo feito por uma equipe de saúde em uma comunidade próxima à sua residência. Ela foi avisada pela enfermeira e preferiu não dar entrada no encaminhamento pelo município e sim se dirigir por conta própria a Rio Branco, pois considera que assim seria mais rápido. Ficou cerca de três meses na capital para fazer os exames e o tratamento de uma lesão no útero, com uma cirurgia de alta frequência – o CAF. Ela saiu da última consulta no Cecon com algumas dúvidas, mas teve que aguardar a consulta seguinte para fazer as perguntas, cerca de três meses depois, após a chegada do resultado da biópsia e a marcação do retorno. Ela se reporta à médica, a qual nomeia e cita o discurso, e a Deus, que pode ajudar a ela sair ciente da próxima consulta (ocorrida logo depois da entrevista).

Assim, só a última vez que eu fui atendida com a doutora (nome da médica), eu fiquei, assim, nervosa, assim, um pouco, assim. Porque aí ela não me examinou pra ver como era que tava. Mas aí eu falei pra ela. Eu digo: *“A senhora não vai me examinar, não? Pra ver como é que tá e tal?”* Que ela falou que eu tinha uma ferida pequena. Aí ela disse: *“Não, precisa não”*. Aí eu saí assim: *“Meu Deus, será como é que tá?”* Aí eu pensei, assim: mas quando chegar lá em Feijó eu falo com alguma enfermeira e peço pra ela olhar e me dizer como é... Mas aí quando eu cheguei lá eu não pude fazer. Porque, tu sabe, né? Aí não deu certo, aí eu fui pro seringal de novo, assim mesmo. Mas aí, hoje eu acredito que eu vou sair muito ciente do que eu tô sentindo. Graças a Deus (JOVELINA, entrevista 26 – usuária - Cecon).

Mesmo quando não é vocalizada, a compreensão é ativa, gera reações. Numa consulta, a pessoa pode não falar tudo que gostaria e sair com a “cabeça fervilhando” com o que compreendeu, o que pode não ser o que queriam que ela compreendesse. No caso de Jovelina, a dúvida se baseia em um enunciado anterior da médica: se falou que tinha uma ferida, porque não viu como está? Ela perguntou, mas sua posição responsiva ficou intimidada pelo saber da médica, que afirma não ser necessário examinar. Ela sai da consulta procurando outras vozes no seu caminho para dirimir as questões pendentes, mas não conseguiu fazer outro exame com a enfermeira em Feijó, pois - a expressão “tu sabe, né?” foi acompanhada de um gesto significativo para a entrevistadora - tinha ficado menstruada.

Ela voltou para casa, um seringal onde não tem energia, nem telefone e as dúvidas tiveram que ficar para a consulta seguinte, cerca de três meses depois. Em uma das viagens do marido a cidade, que demora dois dias de barco, ele ligou para o Cecon, confirmou a chegada do resultado da biópsia e marcou o retorno. Ela explica como foi:

Aí eu tava com prazo de dez dias só, pra mim tá aqui. Aí foi, tudo bem, aconteceu, aí ele voltou pra casa, trouxe o produto, vendeu, pra arrumar recurso pra mim ir. Aí quando chegou lá, aí ele me pegou e trouxe. Aí hoje eu tô aqui, pra ser atendida. E tô feliz. (JOVELINA, entrevista 26 – usuária - Cecon).

Como Jovelina não buscou o encaminhamento oficial via serviço de Tratamento Fora de Domicílio, ela mesma autorregula seu itinerário terapêutico e precisa de dinheiro – para pagar as passagens e transporte em Rio Branco – que o marido consegue com a venda de produtos agrícolas na cidade. Para fazer o tratamento longe de casa ela conta com a ajuda dos parentes que a hospedam, do marido e de vizinhos que a ajudam a cuidar dos filhos enquanto está fora de casa.

Outro exemplo de recepção ativa, mas que não se completa no momento específico da situação da consulta com o médico, é confirmada por Clara. Ela cita o nome do médico que a atende e descreve o diálogo deles. A referência a um nome, segundo Hanks (2008), é um meio de invocar e presentificar essa pessoa (ou objeto) no enunciado, por sua autoridade ou testemunho de uma situação.

Eu perguntei ao doutor (nome do médico), ele falou, né? Só que..., assim, a gente fica sempre... depois quando a gente sai do médico, a gente sente mais curiosidade. E quando a gente conversa com as pessoas que estão fazendo tratamento, aí elas vão dando mais informações, né? (...) Aí...segundo as

outras... ele também não falou isso pra mim não, o médico, mas quando eu vim e fiz a primeira vez, aí as outras pacientes disseram que toda quarta-feira, tem consulta, né? Aí quando foi na quarta... a partir da quinta sessão, mas quem me informou, assim... é assim, a partir de quantas sessões foi a médica que faz o acompanhamento (CLARA, entrevista 04 – usuária - Unacon).

Ao refletir sobre o que foi dito e ressignificar aqueles enunciados, Clara “sente mais curiosidade”. Sua reação foi conversar com pessoas que estão na mesma situação, que dispõem de informações relevantes sobre suas experiências nos serviços. Na situação enunciada, ela soube que havia uma consulta de acompanhamento às quartas-feiras, pediu para ser atendida pela médica e ficou sabendo que a partir da quinta sessão de radioterapia havia esse acompanhamento semanal, quando poderia tirar dúvidas sobre o tratamento. Os profissionais e gestores não costumam reconhecer as usuárias como fontes de informação e a sala de espera como local de troca de conhecimentos. Nesta pesquisa, percebeu-se essa rede de relações como relevante no apoio à interpretação da enfermidade e na orientação de caminhos a partir das vivências.

Para Corrêa e Ribeiro (2012), o indivíduo, mesmo sem acesso ao gênero discursivo biomédico, possui uma consciência construída única, baseada na experiência, que o permite narrar a situação a seu modo, com palavras suas de outras pessoas. Em seu discurso, os sujeitos esperam compreensão e respostas do outro – o profissional de saúde, por exemplo. “Por isso, esse outro também é um falante dentro do próprio discurso de quem narra, pois este constrói seu discurso considerando essa posição responsiva do destinatário” (CORRÊA; RIBEIRO, 2012, p. 339).

5.3.4 Diferentes vínculo:na rede de relações aos condicionantes simbólicos

Marisa, 29 anos, há um ano é acompanhada pela Unacon. O marido é caseiro da chácara onde moram, de propriedade de um médico, que fica na beira da estrada, na zona rural do município de Senador Guiomard, próxima à divisa com Rio Branco. Ela sempre fez exames preventivos no posto de saúde perto da casa de sua mãe, em Rio Branco, e diz que tem que fazer duas vezes por ano para receber o benefício, o Bolsa Família. Quinze dias depois de ter feito um exame, foi chamada ao posto de saúde por causa de uma alteração. Ela disse que o resultado deu NIC 3 (lesão de alto grau), a enfermeira não tinha como dizer se era ou não câncer e ela precisava ir para um especialista. Considera que ela foi legal, conversou.

Marisa foi encaminhada para o Cecon, mas como achou que ia demorar demais, articulou outros caminhos para resolver seu problema.

Marisa: Recebo o Bolsa Família tem que fazer. Eu fui uma vez no posto aí a enfermeira falou que eu tava com... com uma inflamação. Aí com quinze dias eu recebi o resultado do exame, ela me ligou. Tava até aqui, eu tava em casa, aí ela me ligou pra mim ir lá. Aí ela pegou e me falou. Aí eu fui, ela me encaminhou pra CECON, só que isso era em janeiro e eu consegui uma consulta dia 20 de março na CECON.

Entrevistadora: E em que ano foi?

Marisa: No ano passado (2013). Aí eu peguei, e fui aí, fui pra lá e consegui essa consulta dia 20 de março. Demorou... Aí eu não esperei, não. Falei com meu marido. Aí o meu marido pegou e falou com o patrão dele. Aí ele pegou e falou com uma amiga dele, que era médica. Aí me encaminhou pra lá pra UNACON. Eu comecei a fazer o tratamento lá, aí lá foi tudo mais rápido.

Entrevistadora: Mas você esperou o resultado do exame do CECON?

Marisa: Não, não passei pelo CECON, não.

Entrevistadora: E nem fez lá exame de biópsia?

Marisa: Não, lá não fiz não. Porque quando eu já tava com o resultado na mão, aí eu só fui pra ser encaminhada, fui lá pra UNACON. Aí lá me encaminharam. Lá eles me examinaram, pessoal da radioterapia, os médicos da radioterapia me examinaram e já me encaminharam pro cirurgião. Foi tudo mais rápido.

Entrevistadora: Você então fez uma cirurgia pra retirar o útero, foi?

Marisa: Foi, eu fiz uma histerectomia total.

Entrevistadora: E depois você fez a radio também?

Marisa: Não, não fiz radio não. Que ele disse que eu era jovem, a minha idade dava pra mim fazer a cirurgia e ficar curada e fazer o tratamento que é durante cinco anos, né? Eu fiz a cirurgia dia cinco de junho, que vai fazer um ano agora, nesse outro mês. Fiz a cirurgia, aí com dezessete dias que eu tava em casa e me ligaram que a biópsia tinha saído, aí tinha dado NIC 3, o pré-início, que eles chamam. Aí eu peguei, mostrei a biópsia e não fiz não essa radioterapia e nem quimioterapia não (MARISA, entrevista 10 – usuária - Unacon).

O itinerário terapêutico de Marisa ilustra a forma como pode ser acionado o capital simbólico nas redes sociais para criar caminhos diferentes do desenho oficial. Marisa considerou o encaminhamento demorado e recorreu à rede de relações pessoais: o patrão do marido é médico e a partir do resultado do preventivo, conseguiu uma consulta com uma amiga no Unacon / Hospital do Câncer, onde ela passou a ser acompanhada. Mas não sem contratempos. A cirurgia de histerectomia foi agendada para início de maio. No dia marcado, pela manhã, ela recebeu um telefonema dizendo que o médico tinha viajado e não tinha data prevista para remarcar. Novamente, o patrão do marido foi acionado. Ao buscar informações, ele descobriu que o médico não estava de férias, conversou com o chefe da equipe de cirurgia

e, uma semana depois, ligaram para ela reagendando. Foram quatro meses entre o resultado do preventivo e a cirurgia.

Percebe-se que Marisa vai desenvolvendo suas práticas particulares de agir no mundo em busca da resolução de suas necessidades de saúde. Como o direito de falar passa pelas relações de força simbólica existentes em um determinado campo (BOURDIEU, 1983), ela se vale do vínculo nas relações pessoais para acionar o capital simbólico do patrão do marido. Ele, como médico, é reconhecido como autoridade e tem seu discurso considerado nas relações com o sistema de saúde.

Ela considera que teve bons médicos no seu tratamento, todos sempre explicavam bem sobre sua situação. Quem mais a escuta é o médico que a acompanha hoje: “ele sempre fala alguma coisa pra ajudar a gente”. Pela experiência que teve na unidade e especialmente com o médico, desenvolveu um forte vínculo. Atitudes que vão além das palavras confortantes e dão sequência a um acompanhamento prolongado, como é o caso de Marisa, de ao menos 5 anos.

Esse meu médico, se eu sentir, o que eu sentir mal, ele já falou, se eu sentir dor, não é pra mim ir pra UPA, não é pra mim ir pra outro posto, é pra mim chegar lá na Unacon e... Já aconteceu isso comigo, eu tava mal uma vez no domingo, sentindo fortes dores e ele me indicou pra mim ir pra lá, pra ir na Unacon. Eu ligo pra ele, pode ser qualquer hora da noite, do dia, eu ligo pra ele, eu tenho o número dele, eu ligo pra ele e ele manda eu ir pra lá. Ele me atende lá, o Dr. (nome). Onde eu tiver, eu posso ligar pra ele (MARISA, entrevista 10 – usuária - Unacon).

Como observado em pesquisa sobre relações de cuidado, percebe-se o compromisso do profissional com a paciente e a compreensão com seu sofrimento, identificando prioridades nesse atendimento, conforme a necessidade (COELHO; JORGE, 2009). O vínculo, nessas situações, se pauta por laços afetivos, confiança, facilidade de comunicação, qualidade no atendimento e resolubilidade dos problemas com um profissional de referência (JORGE *et al.*, 2011).

Uma estratégia da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco para estimular o vínculo das usuárias com a unidade de saúde é o Bolsa Família, apontada por alguns gestores nas entrevistas e por Marisa no início do enunciado. O Programa Bolsa Família foi criado em 2003, a partir da unificação de programas existentes e incorporando condicionalidades exigidas anteriormente. Ele funciona como uma transferência de renda condicionada à obrigatoriedade de crianças e adolescentes estarem inseridos em escolas e de famílias

aderirem a determinados programas de saúde. O descumprimento de algumas condicionalidades é motivo de desligamento de famílias previsto em legislação da área (MONNERAT *et al.*, 2007).

E ultimamente, tem uns quatros cinco anos, a gente vinculou o PCCU dentro do formulário do Bolsa Família, né? Ou seja, não é uma coisa que veio do Ministério, é uma estratégia da Secretaria pra poder aumentar cobertura. E a gente pega aquela mulher e coloca dentro das condicionalidades de saúde, né? Ou seja, ela tem que levar o filho, tem que checar a caderneta de vacinação, peso e PCCU. Então, é um processo natural, pra elas. Pra elas, é uma condicionalidade de saúde que a gente foi inserindo aos pouquinhos, aos pouquinhos, né? E hoje já parece que é uma condicionalidade realmente (CECÍLIA, entrevista 01 – gestor municipal).

A gestora explica a inserção do exame Preventivo do Câncer de Colo de Útero – PCCU entre as condicionalidades do Programa Bolsa Família com o objetivo de aumentar a cobertura do exame. Cecília diz que essa não é uma exigência original do Ministério da Saúde, mas sua implementação gradual permitiu a naturalização dessa prática entre as mulheres que recebem o benefício. A eficácia simbólica de uma proposição, para Bourdieu (2004), tem mais chances de sucesso se estiver alicerçada na realidade e, quanto mais adequada, mais poderoso o seu efeito. A inserção do exame preventivo como uma condição a mais para o recebimento do Bolsa Família parece ser um exemplo disso. Os discursos oficiais, segundo Hanks (2008), tem a capacidade de impor suas convicções e naturalizar o que afirmam, criando “verdades” que orientam as respostas dos atores sociais.

Nós sempre temos reuniões com a Saúde da Mulher, que é a responsável por essa... Atualmente, não tem uma conduta, a conduta que nós estamos trabalhando ela já tem algum tempo, que é uma conduta que a gente vê que foi positiva, tá? A gente conseguiu trazer essa mulher pra unidade, que foi... inclusive a associação com o... a Bolsa Família, que a gente usou. Foi a última conduta que elas tomaram, que foi um lance que, assim, onde mais conseguiu captar aquela mulher. Que a mulher de baixa renda, coitada, que ela às vezes não tem muita informação, ela acha que não vai adoecer. E essa mulher é a que menos fazia PCCU, sabe? A classe média, ela vem porque ela estudou, ela vem porque ela tem uma informação, ela vem. Mas aquela que recebe Bolsa Família, que não tem uma renda, que não tem... essa daí é onde encontrava a maior dificuldade. E agora, não, ela já vem porque ela sabe se ela não vier ela não recebe o dinheirinho dela. A gente não, não faz... é que não é uma verdade, é um artifício que se usou. Não é lei: se eu não fizer PCCU eu não recebo, não. A gente usou esse artifício (NÉLIDA, entrevista 19 – gestor municipal).

A gestora municipal afirma que essa estratégia não é lei, embora nas práticas e no discurso seja naturalizada como se fosse uma. Na verdade, Nélida acaba assumindo não existe um mecanismo de acompanhamento do exame preventivo que possa levar a uma punição. E analisa positivamente a criação do vínculo a partir dessa condicionalidade.

A exigência de contrapartidas é uma questão polêmica na discussão sobre os direitos sociais em âmbito internacional. De forma resumida, a principal controvérsia se dá, por um lado, por representar uma oportunidade de ampliar o acesso de parte vulnerável da população aos serviços sociais, e por outro, a associação de um direito social a obrigações pode ameaçar princípios de cidadania. No Brasil, os formuladores do Bolsa Família consideram a exigência como inclusão social e emancipação, pois favorece a cidadania com a ampliação de direitos à saúde e à educação (MONNERAT *et al.*, 2007). Em Rio Branco, os gestores parecem apostar na inclusão social pela condicionalidade do exame preventivo.

Uma mudança, assim, positiva que houve foi a questão, por incrível que pareça, do Bolsa Família. O Bolsa Família, pra receber o valor mensal, né, tem que ter alguns critérios, dentre eles o Ministério da Saúde estipulou que a mulher tem que tá fazendo regularmente o exame preventivo. Dessa forma, houve um aumento muito grande na procura. Então, muitas mulheres, às vezes, na hora de fazer o exame, relatam que só tá fazendo o exame porque recebe Bolsa Família. Não é bom pra gente, pro enfermeiro, nem pro profissional de saúde ouvir isso, porque ela tem que vir voluntariamente, né, atrás de sua saúde. Mas, em contrapartida, é melhor ela fazer, né, sendo exigência do Bolsa Família do que ela não fazer. Então, essa estratégia aumentou muito o número de exames realizados. Então, mulheres que não faziam nunca os exames tão vindo fazer porque tem medo de perder o benefício (CARLOS, entrevista 17 – gestor municipal USF).

Na saúde, os programas de transferência condicionada de renda sempre foram recebidos com resistência, segundo Trevisani *et al.* (2012). No entanto, um dos argumentos para sua manutenção é a aceitação crescente da sociedade e o apoio dos beneficiados às condicionalidades. Pela fala de Carlos, as usuárias têm aceitado fazer os exames atualmente, enquanto antes não estavam incluídas nos serviços. Pela compreensão do gestor da atenção básica, o exame preventivo é realmente uma condicionalidade do Bolsa Família estipulada pelo Ministério da Saúde, confirmando a naturalização da proposição não só pelas usuárias.

Para Bourdieu (1996), o Estado exerce o poder de criar disposições duradouras por ser uma estrutura organizacional e instância de regulação das práticas, impondo comportamentos que não são questionados devido à autoridade extraída dessa ordem simbólica. “A ausência de uma lei genuína (...) não nos deve levar a esquecer que qualquer formulação socialmente

reconhecida contém em si um intrínseco poder de reforçar disposições simbolicamente” (BOURDIEU, 1977, p. 21).

Em pesquisa sobre itinerários terapêuticos em situação de pobreza, Gerhardt (2006) atenta para que as dificuldades econômicas não devem ser observadas de forma isolada na saúde, pois o contexto cultural também precisa ser considerado como um elemento primordial na compreensão dos problemas de saúde e na busca por suas soluções. No caso de famílias de baixa renda, mais do que possibilidade de punição no caso de não realização do exame, a unidade de saúde deve estar atenta à vulnerabilidade das famílias para promover acesso e vínculo de forma integral, e não correr o risco de se limitar a uma ação pontual favorecida pela condicionalidade.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa sobre as práticas de comunicação evidenciou um conjunto amplo de possibilidades para a reflexão sobre a garantia do direito à comunicação como manifestação do direito humano à saúde. Diálogo, direito e vínculo configuraram-se como nexos constitutivos e constituintes da integralidade em saúde. O uso da estratégia metodológica dos itinerários terapêuticos, amplamente utilizados no estudo da integralidade centrada no usuário, permitiu a escuta das narrativas das mulheres sobre a compreensão do que denominamos de comunicação em saúde. Percorrendo a linha do cuidado do câncer do colo uterino tornou-se possível entender a percepção dessas usuárias do SUS em situações concretas de suas vidas, que inclui interações (conflituosas ou não) em diferentes contextos dos espaços públicos institucionais de saúde.

Parece-nos evidente que o direito à comunicação se materializa nas instâncias da política pública mediante participação na construção, implementação e avaliação de diretrizes, condutas, normativas, materiais educativos e informativos. De outro lado, no cotidiano dos serviços de saúde, observou-se que o direito à comunicação se presentifica na relação entre profissionais e usuários, no exercício da escuta atenciosa, da valorização do saber do outro com o estabelecimento de vínculos sociais.

Observando e identificando as estratégias de comunicação utilizadas por gestores e profissionais, percebemos que a dimensão do direito à saúde tem sido associada, principalmente, a uma concepção de direito à informação – o usuário precisa ter acesso ou receber a informação (parte-se do princípio de que eles não sabem) - em detrimento de uma perspectiva de escuta do outro e garantia de espaços de diálogo, vinculada à ideia de direito à comunicação. Nesse último sentido, as políticas públicas e os serviços não têm estado abertos à participação de usuários e profissionais na avaliação e revisão de suas estratégias para adaptação às diferentes necessidades e realidades regionais.

Não nos basta constatar a importância da comunicação para o exercício da democracia e da participação no SUS, conforme aponta Oliveira (2004). É preciso que formuladores das políticas públicas, gestores e profissionais que influenciam diretamente processos de inclusão social, reflitam e repensem os atuais processos de comunicação e informação. Essa reflexão implica em evidenciar os aspectos políticos da comunicação, os interesses, poderes e saberes que perpassam suas técnicas, que não são isentas de ideologia, como nos lembra Araújo

(2012). Percebe-se a existência de dificuldades por parte de gestores e profissionais em pensar outros usos e possibilidades da comunicação que não os tradicionais impressos e mídia – folder, cartaz, campanha em rádio e TV. O uso instrumental da comunicação vem sendo naturalizado nas práticas cotidianas sem que ocorra um questionamento mais profundo sobre o que se entende por comunicação na relação entre serviços e comunidade. Torna-se necessário que a crítica ao paradigma hegemônico da comunicação inclua a discussão sobre os valores que estão embutidos nessas práticas, de tal modo que se formulem novas estratégias capazes de amplificar as vozes daqueles que não possuem meios de se fazerem ouvir.

Essa percepção nos coloca o desafio de ressignificar o paradigma da comunicação de forma que seja capaz de agregar as dimensões dialógica e instrumental em suas práticas, considerando as transformações em curso na sociedade, quando as tecnologias vêm ocupando cada vez mais um lugar de destaque, tornando as pessoas individualmente produtoras e difusoras de conhecimento e informação na coletividade. Como o caso das manifestações das ruas ocorridas no Brasil, em 2013, que apontam a necessidade de reconhecimento de uma crescente demanda por participação das pessoas como sujeitos políticos que são, portadoras de direitos.

Na esteira de ressignificação do paradigma da comunicação, esta pesquisa destaca a abordagem metodológica dos itinerários terapêuticos como a possibilidade de interpretação das experiências das pessoas em situações concretas na busca por cuidado nos serviços de saúde. Revelando-se como ferramenta metodológica, os itinerários terapêuticos podem contribuir para ampliar a construção de conhecimentos em uma perspectiva transdisciplinar, que inclui não somente as informações demográficas e epidemiológicas, mas contextos e relações sociais, interações, sentimentos, discursos e silêncios. Também nos auxilia no reconhecimento da capacidade analítica dos cidadãos em suas vivências cotidianas, evidenciando uma fusão de horizontes para o amplo exercício da cidadania nos contextos locais.

No cenário estudado pareceu-nos claro a existência de diferentes gêneros discursivos e visões de mundo em ampla disputa. Entre os enunciados estáveis que perpassam os discursos percebem-se forças centrípetas que atuam para manutenção do *status quo* do modelo biomédico centrado na doença, como combustível para legitimar esse modo de pensar dominante. Por outro lado, as forças centrífugas que visam mudanças para um modelo

humanista centrado na pessoa vêm reivindicando a participação da população nas decisões sobre as políticas que interferem nos corpos.

Mais especificamente no que diz respeito aos os gêneros primário e secundário foram percebidas algumas diferenças entre discurso e prática à medida que alguns gestores reconhecem que há de se ter uma abertura à escuta das mulheres para compreensão de suas necessidades, mas documentos oficiais, diretrizes ou estratégias de comunicação mantêm a produção centralizada e a distribuição verticalizada para a usuária, com exclusividade da voz institucional apoiada no saber técnico-científico. O discurso oficial no campo da saúde se coloca como interlocutor legítimo e autorizado para representar a população, mas pouco escuta ou reconhece usuários como fonte de conhecimento para contribuir com políticas públicas ou reorganização dos serviços.

A pesquisa demonstrou que as usuárias do SUS entrevistadas constroem conhecimentos e trocam informações sobre o enfrentamento de seus problemas com familiares, amigos e pessoas próximas, incluindo as mulheres que vivenciam situações semelhantes. Os serviços de saúde não consideram legítima essa construção de saberes, o que impossibilita utilizar esse potencial e valorizar espaços que permitam ampliar essas interações. A percepção da comunicação pelos profissionais e gestores reforça os enunciados estáveis hegemônicos e está associada à transferência da informação para que os pacientes possam se “encaixar” na lógica dos serviços. No cotidiano das mulheres, embora frequentemente a compreensão sobre comunicação e informação esteja associada a um modelo transferencial, vários discursos questionam as abordagens existentes e apresentam uma demanda por uma escuta diferenciada, mostrando aberturas ao pensamento hegemônico nos gêneros primários.

Os gestores identificaram espaços institucionais de abertura à escuta e participação de usuários de forma representativa - nas conferências, conselhos de saúde e seminários com movimentos sociais – e direta, relacionada à ouvidoria, conversa pontual de gestores com usuários que buscam informação e no acesso a páginas institucionais na internet. As usuárias consideram que são ouvidas de formas e intensidades diferentes, na interação com os profissionais, na busca pelos gestores, na ouvidoria. As que relatam dificuldades de serem compreendidas nas suas necessidades utilizam estratégias como a insistência, “fazer um barraco”, dar descontinuidade ao tratamento. Talvez uma forma de participação encontrada pela população no âmbito da garantia dos direitos à saúde e à comunicação seja a denúncia na televisão, situação relatada em uma entrevista, embora não tenha sido feita pelas usuárias entrevistadas pela pesquisa. Com a ampliação da abrangência e acesso às tecnologias

portáteis, esse tipo de ação pode se fortalecer por meio de fotos e textos disponibilizados na internet, em blogs ou redes sociais.

Os discursos institucionais relacionados à linha de cuidado do câncer de colo de útero utilizam a internet como suporte a informações oficiais – prevenção, normativas e condutas técnico-científicas - mas o uso tem sido predominantemente como um mural eletrônico. A viabilidade da comunicação dialógica e a participação direta via mídias digitais é uma potência pouco explorada. Várias usuárias recorrem à internet para conhecer algo ou tirar dúvidas, uma atitude responsiva delas sobre informações recebidas nos serviços de saúde, mas a busca por direitos pelo meio digital não está fortalecida.

A utilização da internet pelas usuárias mostrou um interesse no vídeo para a apreensão de conteúdos sobre o controle do câncer de colo de útero, o que nem sempre se mostrou apropriado quando relacionado a procedimentos invasivos, por exemplo. Pesquisas futuras podem verificar a pertinência de proporcionar oportunidades de diálogo para ressignificar as informações e esclarecer possíveis dúvidas relacionadas às buscas espontâneas das mulheres ou criar meios de avaliar as produções já existentes nesse formato nos meios digitais, de forma a favorecer o acesso a conteúdos considerados apropriados por usuárias e profissionais.

A ampliação da comunicação dialógica em âmbito nacional passa pela abertura participativa na construção e avaliação de materiais informativos e educativos para usuárias, além da reflexão sobre práticas atuais que reduzem a participação a questões pontuais ou a lugares sem palavra. A produção de materiais de comunicação, preferencialmente de forma descentralizada, pode ser um momento para promover o envolvimento entre usuários, profissionais e gestores de saúde. A participação não deve se resumir à etapa de produção de materiais, mas contemplar também a circulação e a apropriação dos conhecimentos, sendo a comunicação dialógica essencial para ressignificar informações e avaliar constantemente as estratégias, para que não permaneçam estáticas. Nesse aspecto, a articulação com os movimentos sociais é enriquecedora, pois à medida que eles já desenvolvem ações na perspectiva do direito, precisam de articulações e estratégias para fazer circular seus discursos e ampliar sua legitimidade no campo.

A informação isolada não garante direito à saúde, conforme observado na pesquisa. O discurso institucional busca atingir a todos de forma ampla e generalizada, mas não resolve os problemas encontrados no cotidiano, que são diversos e diferentes em cada realidade. Uma questão recorrente apontada pelas usuárias foi a falta de comunicação no cotidiano dos serviços de saúde. As informações são contraditórias, de difícil entendimento. É preciso ir

atrás e insistir, respostas individuais não chegam a todos que vivem situações semelhantes. A garantia do direito à saúde passa pela informação sobre o funcionamento dos serviços, a orientação para o próximo passo dentro da rede assistencial, mas especialmente em ser ouvida nas suas necessidades, dúvidas e medos. Isso se dá, principalmente, pela comunicação no diálogo cotidiano e pelo vínculo.

Um caminho para a mudança das práticas no contexto dos serviços de saúde está em compreender o encontro na relação entre profissional e usuários como um processo de comunicação e promover a desnaturalização do diálogo como conversa cotidiana. Para que o diálogo possa promover o exercício de cidadania, ele precisa ser potencializado não só na chegada do usuário à unidade, pois as necessidades se reelaboram na passagem pelos serviços. Mas em outros encontros, na condução de condutas e procedimentos, na construção de vínculos, na valorização da competência em fazer os usuários transitarem pela rede e interconectar espaços, como destacado por Teixeira (2007).

Uma proposta de pesquisa a ser desenvolvida está na discussão sobre critérios de avaliação do direito à comunicação no âmbito das políticas públicas e dos serviços. Como forma de avaliar a permeabilidade institucional para favorecer ou possibilitar uma participação maior das mulheres, o vínculo parece ser uma categoria sensível como indicador, pois reúne elementos materiais e imateriais para que o direito à comunicação se efetive. O vínculo não se desvincilha da ideia de comunicação como direito e exige necessariamente uma performance dialógica dos seus atores. O aprofundamento em estudos sobre os indicadores do direito à comunicação pode abrir caminhos para a consolidação de instrumentos de avaliação que permitam aferir e comparar avanços ao longo do tempo, e, se possível, que possa vir a ser aplicado a outras políticas de saúde.

Outra possibilidade de dar continuidade às reflexões iniciadas nesta pesquisa está nas conexões entre o diálogo e o cuidado, uma linha de estudos encontrada nos momentos finais da pesquisa, sem que houvesse tempo hábil para um aprofundamento nas leituras e questões propostas. Como o cuidado não é explorado pela literatura no campo da comunicação como uma necessidade na vida comunicativa humana, as autoras Marie Baker-Ohler e Annette M. Holba (2009) desenvolveram uma ideia na aproximação dos horizontes dos projetos de Martin Buber e Hanna Arendt, buscando compreender como esses autores sugerem uma ética de comunicação que revela a importância e interdependência de diálogo, labor e cuidado. Buber é uma referência para as autoras em uma filosofia antropológica por permitir uma ideia de prática de cuidado. A metáfora do diálogo como labor do cuidado se relaciona a uma ética

comunicativa, o que é considerado profícuo em um momento histórico marcado pelo individualismo e desconfiança entre as pessoas. Ao enfatizar a necessidade de diálogo nas relações de cuidado, as autoras afirmam que este é constituído comunicativamente: “A chamada por um cuidado engajado juntamente com a desvalorização do cuidado nos últimos tempos apresenta uma oportunidade para considerar a sua relevância para a vida comunicativa” (BAKER-OHLER; HOLBA, 2009, p. 4).

As questões de comunicação apresentadas pelas usuárias na pesquisa trazem à tona a responsabilidade do profissional e pesquisador da comunicação em saúde com os cidadãos no cotidiano, na visibilidade de suas necessidades e ampliação de espaços de diálogo, para além da produção, circulação e disseminação de informações oficiais. E também em desnaturalizar a compreensão sobre comunicação entre gestores e profissionais de saúde, evidenciando as relações de poder e disputas simbólicas ao relacionar os discursos, as condições de fala e os contextos sociais. Para isto, reforça-se como compromisso ético-político a necessidade de contemplar as dimensões dialógica e instrumental da comunicação em saberes e práticas. Cursos de graduação, pós-graduação e outros ambientes de educação continuada nos serviços são locais importantes para promover essa discussão. A formação é um espaço primordial para pensar a transformação das práticas.

Para finalizar esse percurso da pesquisa, trazemos a noção de conclusividade de Bakhtin (2011), que está relacionada não ao fim de uma obra, mas principalmente ao enquadramento ou delimitação do discurso, que pode se dar em um verso, uma seção, um capítulo, na alternância dos sujeitos em um diálogo, onde há uma unidade que gera compreensão e resposta. Na interação com o outro há um primeiro acabamento, mas nas múltiplas possibilidades de sentido na compreensão de um significado em uma situação real essa ideia também contempla inacabamento. O texto se encerra aqui, certamente com inacabamentos, que irão se completar com excedente de visão do leitor, nas interações com os outros e nas reflexões que esse texto e seus desdobramentos possam proporcionar para além dessas linhas.

REFERÊNCIAS

- ACRE. Governo do Acre, Secretaria de Estado de Saúde. **Rede de atenção às pessoas com doenças crônicas – Eixo câncer**. Apresentação em Power Point. Rio Branco: Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas /Divisão de Doenças Crônicas, 2014.
- ALMEIDA FILHO, N. Transdisciplinaridade e o paradigma pós-disciplinar na saúde. **Saude soc.**, São Paulo , v. 14, n. 3, p. 30-50, dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902005000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 dez. 2014.
- ALVES, J. E. D. “O Choque de Civilizações” versus Progressos Civilizatórios. In: Caetano, A. J.; Alves, J. E. D. e Corrêa, S. (Org.). **Dez anos do Cairo: tendências da fecundidade e direitos reprodutivos no Brasil** Campinas: Associação Brasileira de Estudos Populacionais - ABEP, 2004. 100p.
- ALVES, P.C. A experiência da enfermidade: considerações teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n.3, jul./set., pp.263-271,1993.
- ALVES, P.C.; RABELO, M.C.; SOUZA, I.M.A. Introdução. In: RABELO, M.C.; ALVES, P.C.; SOUZA, I.M.A. (Org.). **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p.11-39. 264p.
- ALVES, P.C.; SOUZA, I.M.A. Escolha e Avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO, M.C.; ALVES, P.C.; SOUZA, I.M.A. (Org.). **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. 264p. p.125-136. 264p.
- ANDRADE, C. D. **Reunião: 10 livros de poesia**. 6.ed. Rio de Janeiro: J. Olympio, 1974. 280p.
- ANTUNES, L. R. Ouvidorias do SUS no processo de participação social em saúde. **Saúde Coletiva** 26, p. 238-241, 2008. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84202604>>. Acesso em: 5 nov 2014.
- ARAÚJO, I. **A reconversão do olhar**. São Leopoldo: Ed. Unisinos, 2000. 280p.
- ARAÚJO, I. S. **Mercado simbólico: interlocução, luta, poder**. Um modelo de comunicação para políticas públicas. Tese (Doutorado) – Escola de Comunicação da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Orientador Milton José Pinto. Rio de Janeiro, 2002. 330f.
- ARAÚJO, I. S. Reflexões inquietas sobre a comunicação, as fronteiras e o cuidado em saúde. In: PINHEIRO, R.; SILVEIRA, R.; LOFEGO, J.; SILVA JUNIOR, A. G. (Orgs). **Integralidade sem fronteiras: itinerários de justiça, formativos e de gestão na busca por cuidados**. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/UERJ/ Editora Universitária UFPE/Abrasco, 2012.
- ARAÚJO, I. S.; CARDOSO, J. M. Circulação polifônica: comunicação e integralidade na saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (org.) **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: Cepesc/UERJ: Abrasco, 2005. p. 239-251. 304p.
- ARAÚJO, I. S.; CARDOSO, J. M. **Comunicação e saúde**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007. 152p.
- ARAÚJO, I. S.; CARDOSO, J. M.; MURTINHO, R. A Comunicação no Sistema Único de Saúde: cenários e tendências. **Revista Latinoamericana de Ciencias de la Comunicación**, v. 6, p. 104-115, jan-jun, 2009. Disponível em:

- <<http://www.alaic.net/revistaalaic/index.php/alaic/article/view/88>>. Acesso em: 03 fev. 2012.
- ASENSI, F. D. Direito e saúde: três propostas para um direito material materialmente concebido. In: R. PINHEIRO & A. G SILVA JR. (Orgs.). **Cidadania no Cuidado: o universal e o comum na integralidade das ações de saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC, 2011. p. 71-84. 342p.
- BAKER-OHLER, M.; HOLBA, A. M. **The communicative relationship between dialogue and care**. New York: Cambria Press, 2009.
- BAKHTIN, M. **Estética da criação verbal**. 6^a ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2011. 476p.
- BARROS, D. L. P. Contribuições de Bakhtin às teorias do discurso. In: BRAIT, Beth (org.) **Bakhtin, dialogismo e construção do sentido**. 2 ed. rev. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2005. p. 25-36.
- BELLATO, R. *et al.* Itinerários terapêuticos de famílias e redes para o cuidado na condição crônica: alguns pressupostos. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P.H. (Org.). **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário**: abordagem multicêntrica. Rio de Janeiro: Cepesc, 2009. p. 187-194. 375p.
- BELLATO, R.; ARAUJO, L. F. S.; CASTRO, P. O itinerário terapêutico como uma tecnologia avaliativa da integralidade em saúde. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A.G.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Atenção básica e integralidade**: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde. 1^a ed. Rio de Janeiro : CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2008. p. 167-187. 360p.
- BOBBIO, N. **A era dos direitos**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004. 212p.
- BOBBIO, Norberto. **O Futuro da Democracia**: uma defesa das regras do jogo. 6a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.
- BOLAÑO, C.; DRUETTA, D. C.; CIMADEVILLA; G. (orgs.). **La Contribución de America Latina al campo de la Comunicación**: historia, enfoques teóricos, epistemológicos y tendencias de la investigación. 1^a ed. La Paz: ALAIC Edic., 2014. 682p.
- BOURDIEU, P. A economia das trocas linguísticas. In: ORTIZ, Renato (org.). **Pierre Bourdieu**: sociologia. Tradução Paula Montero. São Paulo: Ática, 1983. p. 156-183.
- BOURDIEU, P. **Coisas ditas**. São Paulo: Brasiliense, 2004. 234p
- BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Tradução Fernando Tomaz. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1998. 322p.
- BOURDIEU, P. **Outline of a theory of practice**. Cambridge: University Press, 1977. 248p.
- BOURDIEU, P. **Razões práticas**: sobre a teoria da ação. Campinas, SP: Papyrus, 1996. 223p.
- BRAIT, B. Bakhtin e a natureza constitutivamente dialógica da linguagem. In: BRAIT, Beth (org.) **Bakhtin, dialogismo e construção do sentido**. 2 ed. rev. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2005. p. 87-98.
- BRASIL. **Agenda Nacional de Prioridade de Pesquisa em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a.
- BRASIL. **Atlas On-line de mortalidade**. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2014c. Disponível em:
<<https://mortalidade.inca.gov.br/MortalidadeWeb/>> Acesso em: 14 dez. 2014.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero** / Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. – Rio de Janeiro: INCA, 2011c.

BRASIL. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas Redes de Atenção à Saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. 34 p.

BRASIL. **Estimativa 2014**: Incidência de Câncer no Brasil. Instituto Nacional do Câncer José de Alencar Gomes da Silva, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2014b. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2014>> Acesso em: 14 dez. 2014.

BRASIL. **Indicadores e Dados Básicos 2012**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012d. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/matriz.htm>> Acesso em: dez 2014.

BRASIL. Lei no 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília- DF: **Diário Oficial da União**, 1990a.

BRASIL. Lei n. 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 de saúde e outras providências. Brasília-DF: **Diário Oficial da União**, 1990b.

BRASIL. Lei n. 12.527 de 18 de novembro de 2011. Lei de Acesso à Informação, regula o acesso à informações previsto na Constituição Federal. Brasília- DF: **Diário Oficial da União**, 2011a.

BRASIL. Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. Brasília- DF: **Diário Oficial da União**, 2012c.

BRASIL. **Plano de ação para redução da incidência e mortalidade por câncer do colo do útero**: sumário executivo. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer – INCA, 2010. 40 p. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/sumario_colo_uterio_versao_2011.pdf> Acesso em: 23 julho. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília - DF: **Diário Oficial da União**, 2013. Disponível em : <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html>. Acesso em 14/11/2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília - DF: **Diário Oficial da União**, 2014a.

BRASIL. **Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero**. Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. 61p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_14.pdf> Acesso em: mai 2013.

BRASIL. **Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo de Útero**. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer – INCA, 2011b. 14 p. Disponível em: <

http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_uterio/deteccao_precoce> Acesso em: 20 julho. 2011.

BRASIL. **Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

BRASIL. **Relatório final da 12ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **Relatório Final da 13ª Conferência Nacional de Saúde**: Saúde e Qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b.

BRASIL. **Relatório final da 14ª Conferência Nacional de Saúde**: todos usam o SUS: SUS na seguridade social: Política pública, patrimônio do povo brasileiro / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 232 p.

BRASIL. **Viva Mulher**. Rio de Janeiro: INCA, 2002. 78 p.

BRITTOS, V. C.; COLLAR, M. S. **Direito à comunicação e acesso à mídia**. 14 nov. 2006. Disponível em: <<http://mariafro.com/2006/11/15/debate-urgente-direito-a-comunicacao-e-acesso-a-midia>>. Acesso em: 20/05/2013.

BRUNELLO, M. E. F. *et al.* O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 23, n. 1, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000100021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 Nov. 2014.

BUCHILLET, D. Antropologia da doença e os sistemas oficiais de saúde. *In*: BUCHILLET, D. (org.). **Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia**. Belém: MPEG/CNPq/SCT/PR/CEJUP/UEP, 1991. 504p.

CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. *In*: CECÍLIO, L.C.O. (Org.) **Inventando a mudança em saúde**. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 29-88. 333p.

CAPRARA, A.; RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000100014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 nov. 2014.

CARDOSO, J. M. Comunicação, saúde e cidadania: desafios colocados pela implantação do Sistema único de Saúde. III COMSAÚDE - **Comunicação e promoção da Saúde**. Adamantina, SP, Brasil. Novembro, 2000.

CASTIEL, L. D.; VASCONCELLOS-SILVA, P. R. A interface internet/s@úde: perspectivas e desafios. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 7, n. 13, Aug. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832003000200004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 nov. 2014.

CHRISTINO, D. Epistemologia e comunicação: debatendo o objeto comunicacional. **Revista LOGOS**. A Cientificidade da Comunicação: Epistemologias, Teorias e Políticas. Vol.19, n. 02, 2º semestre 2012. p. 71-81. Disponível em: <<http://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/logos/article/view/4513/4139>>. Acesso em: 26 jan 2014.

CLARK, K.; HOLQUIST, M. **Mikhail Bakhtin**. Trad. J. Guinsburg. São Paulo: Perspectiva, 1998. 381p.

COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, out. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800026&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 Nov. 2014.

COMMUNICATION RIGHTS. **Communication** – An essential human need Disponível em: <<http://www.crisinfo.org>>. Acesso em: 15/05/2013.

CORRÊA, G.T.; RIBEIRO, V.M.B. Dialogando com Bakhtin: algumas contribuições para a compreensão das interações verbais no campo da saúde. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.16, n.41, p.331-41, abr./jun. 2012.

CORREIA, M.V.C. controle social. (Verbetes). In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J.C.F. (Orgs.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/ Fiocruz, 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html>>. Acesso em: 12 dez.2014.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 05 nov. 2014.

D'OLIVEIRA, A. F. L. Saúde e Educação: a discussão das relações de poder na atenção à saúde da mulher. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.3, n.4, p. 105-122, 1999.

DYTZ, J.L.G. Right of access to health information. **Rev Bras Enferm.** v.57, n.2, p.139-142, mar/abr, 2004.

FERRARA, L. D'A. A epistemologia de uma comunicação indecisa. **XXII Encontro Anual da Compós**, Universidade Federal da Bahia, 04 a 07 de junho de 2013. Disponível em: <http://www.compos.org.br/data/biblioteca_2056.pdf>. Acesso em: 25 jan 2014.

FINGER, A. As redes de Flusser. In: BERNARDO, G.; FINGER, A.; GULDIN, R. **Vilém Flusser: uma introdução**. São Paulo: Annablume, 2008. 156p.

FONSECA, M. O. **Informação e direitos humanos**: acesso às informações arquivísticas. *Ci. Inf.* [online]. V. 28, n. 2, p. 146-154, ND, 1999.

FREIRE, P. **Extensão ou comunicação?** 7ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983. Cópia digital. 65p.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São paulo: Paz e Terra, 2011. 142p.

FSM - Fórum Social Mundial. **Memória**. Disponível em: <http://www.forumsocialmundial.org.br/dinamic.php?pagina=temas_fsm_por>. Acesso em: 12 mai. 2013.

GERHARDT, T. E. *et al.* Determinantes sociais e práticas avaliativas de integralidade em saúde: pensando a situação de adoecimento crônico em um contexto rural. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P.H.(orgs). **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário**: abordagem multicêntrica 1ª ed. Rio de Janeiro; Recife; SP : CEPESC / IMS-UERJ; Editora Universitária UFPE; ABRASCO, 2009. pp. 287-298. 375p.

GERHARDT, T. E.; ROTOLI, A.; RIQUINHO, D. L. Itinerários terapêuticos de pacientes com câncer: encontros e desencontros da Atenção Básica à alta complexidade nas redes de cuidado. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A.G.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Atenção**

básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde. 1^a ed. Rio de Janeiro : CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2008. p. 197-214. 360p.

GERHARDT, T. E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, nov., 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001100019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 nov. 2014.

GOMES, M. C. P. A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 287-301, mar/ago, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000200006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 Nov. 2014.

GUARESCHI, P. A. **O direito Humano à Comunicação:** Pela democratização da mídia. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013. 203p.

GUIZARDI, F. L.; PINHEIRO, R.; MACHADO, F.R.S. Vozes da participação: espaços resistências e o poder da informação. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (org.) **Construção social da demanda:** direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: Cepesc/UERJ: Abrasco, 2005. p. 225-238. 304p.

HANKS, W. F. **A língua como prática social:** das relações entre língua, cultura e sociedade a partir de Bourdieu e Bakhtin. São Paulo: Cortez, 2008. 280p.

HECKERT, A.L. **O trabalho em saúde a partir de um novo humanismo.** In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS EM SAÚDE, 3. *Anais...* Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 9 a 13 de julho de 2005 (mimeo).

IBGE. **Acesso à internet e posse de telefone móvel celular para uso pessoal 2011.** Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Rio de Janeiro: IBGE, 2013.

IBGE. **Censo demográfico 2010.** Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>> Acesso em: 21 abr. 2013.

INCA [Instituto Nacional do Câncer]. **Deteção Precoce.** Ano 3 n. 2 abril 2012. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/inca/Informativo_deteccao_precoce_2_ano_3_2012.pdf> Acesso em: 25 jul. 2011.

INCA [Instituto Nacional do Câncer]. **Histórico das ações.** Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_uterio/historico_acoes> Acesso em: 10 dez. 2014.

INTERVOZES. **Conferência Nacional de Comunicação:** um marco para a democracia no Brasil. 07 mai 2010b. Disponível em: <<http://www.intervozes.org.br/noticias/conferencia-nacional-de-comunicacao-um-marco-para-a-democracia-no-brasil>>. Acesso em: 10 mai. 2013.

INTERVOZES. **Contribuições para a construção de indicadores do direito à comunicação.** São Paulo: Intervozes, 2010a. Disponível em: <www.intervozes.org.br/publicacoes/livros/LivroIndicadores.pdf>. Acesso em: 10 mai. 2013.

JORGE, M. S. B. *et al.* Promoção da Saúde Mental - Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, July 2011. Disponível em:

- <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000800005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 nov. 2014.
- LEAL, E. *et al.* Lesões precursoras do câncer de colo em mulheres adolescentes e adultas jovens do município de Rio Branco – Acre. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** v. 25, n. 2, mar., 2003.
- LEITE, A. J. M.; MAXIMIANO, V. André Z. Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos. In: SÃO PAULO (Estado). **Direitos Humanos: construção da liberdade e da igualdade.** São Paulo: Centro de Estudos da Procuradoria Geral do Estado, 1998. pp. 271-286. 528p. Disponível em: <<http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/direitos/tratado5.htm>>. Acesso em: 12 mai. 2013.
- LIMA, V. A. **Mídia: Teoria e Política.** 2ª ed. São Paulo: Perseu Abramo, 2004. 365p
- LIMA, V. A. **Comunicação e cultura: as ideias de Paulo Freire.** 2 ed. Rev. Brasília: Editora Universidade de Brasília: Fundação Perseu Abramo, 2011a. 191p.
- LIMA, V. A. (org.) **Regulação das Comunicações: História, Poder e Direitos.** São Paulo: Paulus, 2011b. 252p.
- LOFEGO, J., SILVEIRA, R. P., CATALAN, X., BARBOSA, L., KEPPEL, D. Itinerários Terapêuticos: prática avaliativa centrada no usuário de longa permanência do Hospital de Saúde Mental do Acre In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P.H.(orgs). **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica** 1ª ed. Rio de Janeiro; Recife; SP : CEPESC / IMS-UERJ; Editora universitária UFPE; ABRASCO, 2009. p. 103-111. 375p.
- LOFEGO, J.; SILVEIRA, R. P. Três Marias e seus itinerários terapêuticos: mediadores na busca de cuidado para o câncer de colo do útero em uma Regional de Saúde no Estado do Acre. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P.H.(orgs). **Usuários, redes sociais, medições e integralidade em saúde.** 1ª ed. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ LAPPIS, 2011. p. 123-136. 321p.
- LOIZOS, P. Vídeo, filme e fotografias como documentos de pesquisa. In: BAUER, Martin W.; GRASKELL, George. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2002. 516p.
- LOPES, M. I. V. O campo da Comunicação: sua constituição, desafios e dilemas. **Revista Famecos**, Porto Alegre, n.30, p. 16-30, 2006.
- LOPES, M. I. V. Sobre o estatuto disciplinar do campo da comunicação. In: LOPES, M.I.V. (org.). **Epistemologia da comunicação.** São Paulo: Loyola/ Compós, 2003. pp. 227-293. 345p.
- LUZ, M. T. Complexidade do campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas - análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. **Saude soc.**, São Paulo, v. 18, n. 2, p.304-311, jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000200013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 dez. 2014.
- MACHADO, F. S. **Hipertextualidade: uma abordagem bakhtiniana sobre relações dialógicas entre enunciados em rede.** Tese (Doutorado)- Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo. Orientadora Sheila Vieira de Camargo Grillo. São Paulo, 2012. 240f.
- MACHADO, I. Gêneros discursivos. In: BRAIT, Beth (org.) **Bakhtin: conceitos-chave.** 2 ed. São Paulo: Contexto, 2005a. p.151-166.

- MACHADO, I. Os gêneros e o corpo do acabamento estético. *In*: BRAIT, Beth (org.) **Bakhtin, dialogismo e construção do sentido**. 2 ed. rev. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2005b. p. 131-148.
- MARQUES DE MELO, J.; SATHLER, L. **Direitos à Comunicação na Sociedade da Informação**. São Bernardo do Campo, SP: Umesp. 2004.
- MARTELETO, R. M. Informação, saúde, transdisciplinaridade e a construção de uma epistemologia social. **Ciênc. saúde coletiva**. vol.12, n.3, p. 576-579, 2007.
- MEDEIROS, P. F.; GUARESCHI, N. M. F. Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão. **Estudos Feministas**, Florianópolis, 17(1): 31-48, janeiro-abril/2009.
- MEDITSCH, E. A formação para a práxis profissional do jornalista: uma experiência brasileira inspirada em Paulo Freire. **Comunicação e Sociedade**. Vol. 5, p. 25-38, 2004. Disponível em: <<http://www.lasics.uminho.pt/ojs/index.php/comsoc/article/view/1243/1186>>. Acesso em: 10 mar. 2014.
- MEDITSCH, E. **Paulo Freire e o estudo da mídia**: uma matriz abortada. 2008. Disponível em: <<http://www.bocc.ubi.pt/pag/meditsch-eduardo-paulo-freire-estudo-midia.pdf>>. Acesso em: 31 ago. 2011.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11a ed. São Paulo: Hucitec, 2008. 407p.
- MOMESSO, L. A. Direito à comunicação. **Memória em Movimento - Revista de Comunicação, Política e Direitos Humanos**, 1 (0). 2º semestre, 2007.
- MONNERAT, G. L. *et al.* Do direito incondicional à condicionalidade do direito: as contrapartidas do Programa Bolsa Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n.6, dez., 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000600008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 Nov. 2014.
- MORAES, M. Editorial [Versão eletrônica]. **Revista Brasileira de Cancerologia**. 43 (2). abril/maio/junho. 1997. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_43/v02/editorial.html> Acesso em: 15 jul. 2011.
- MORETTI, F. A.; OLIVEIRA, V. E.; SILVA, E. M. K. Acesso a informações de saúde na internet: uma questão de saúde pública? **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 58, n. 6, dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302012000600008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 nov. 2014.
- NAVARRO, Raúl Fuentes. La producción social de sentido sobre la producción social de sentido: hacia la construcción de un marco epistemológico para los estudios de la comunicación. *In*: M. I. V. LOPES (Org.). **Epistemologia da Comunicação**. São Paulo: Loyola/Compós, 2003. pp.15-40. 345p.
- NOGUEIRA, V. M. R.; PIRES, D. E. P. Direito à saúde: um convite à reflexão. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, jun. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000300012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 Nov. 2014.
- Ó SIOCHRÚ, S. (coord.). **Assessing Communication Rights**: a handbook. WACC/ CRIS CAMPAIGN. Londres, 2005. Disponível em: <<http://centreforcommunicationrights.org/images/stories/database/tools/cris-manual-en.pdf>> Acesso em: 12 mai. 2013.

OLIVEIRA NETO, A. **Comunicação comunitária e saúde: a possibilidade de sintonia em uma só estação rumo à democratização dos espaços da mídia e do SUS**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010. 144 f.

OLIVEIRA, F. A. Antropologia nos serviços de saúde: integralidade, cultura e comunicação. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 6, n. 10, feb. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832002000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 nov. 2014.

OLIVEIRA, V. C. Comunicação, Informação e Participação Popular nos Conselhos de Saúde. **Saúde e Sociedade**, v.13, n.2, p.56-69, mai-ago, 2004.

ONU [Organização das Nações Unidas]. **Declaração Universal dos Direitos do Homem**. 1948. Acesso em: em 20 fevereiro, 2012. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001394/139423por.pdf>> Acesso em: 05 jun. 2012.

ONU [Organização das Nações Unidas]. **Pacto internacional sobre direitos civis e políticos**. 1966. Disponível em: <http://portal.mj.gov.br/sedh/ct/legis_intern/pacto_dir_politicos.htm>. Acesso em: 21 mai. 2013.

PEIXOTO, S. F.; MARSIGLIA, R. M. G.; MORRONE, L. C. Atribuições de uma ouvidoria: opinião de usuários e funcionários. **Saude soc.**, São Paulo, v. 22, n. 3, set. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000300012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 dez. 2014.

PERUZZO, C. M. K. Direito à comunicação comunitária, participação popular e cidadania. **Revista Alaic - Revista Latinoamericana de Ciencias de la Comunicación**. V. 3, n. 2, jul-dez, 2005.

PINHEIRO, R; CECCIM, R.B.; KOIFMANN, L; HENRIQUES, R.M.M. Matriz Analítica das experiências de ensino da integralidade: uma proposição observacional. *In*: PINHEIRO, R; CECCIM, R.B.; MATTOS, R. (org.). **Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006. p. 37-54. 333p.

PINHEIRO, R. Demanda por cuidado como direito humano à saúde: um ensaio teórico-prático sobre o cuidado como valor dos valores. *In*: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A.G. **Por uma sociedade cuidadora**. Rio de Janeiro: Cepesc: IMS/UERJ: Abrasco, 2010. p.17-37. 447p.

PINHEIRO, R. Direito à Saúde: direito de todos e dever laico do Estado brasileiro. **Portal Cebes**. 26/06/2014. Disponível em: <<http://cebes.com.br/2014/06/debate-saude-direito-de-todos-e-dever-laico-do-estado-brasileiro>>. Acesso em: 03 jan. 2015.

PINHEIRO, R. Integralidade em saúde (Verbetes). *In*: PEREIRA, I. B.; LIMA, J.C.F. (Orgs.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/ Fiocruz, 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html>> .Acesso em: 12 dez. 2014.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. Cuidado e Integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano . *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (orgs.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade / Roseni Pinheiro e Ruben Araujo de Mattos, organizadores**. 3. ed. - Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO, 2006. 320p.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L.; MACHADO, F.R.S.; GOMES, R.S. Demanda em saúde e direito à saúde: liberdade ou necessidade? Algumas considerações sobre os nexos constituintes das práticas de integralidade. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (orgs.)

Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: Cepesc/UERJ: Abrasco, 2005. 304p. p. 11-31.

PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A.G.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Atenção básica e integralidade:** contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde. 1^a ed. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2008. 360p.

PIRES, V. L. Dialogismo e alteridade ou a teoria da enunciação em Bakhtin. **Organon**. v. 16, n. 32-33, 2002. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/organon/article/view/29782>>. Acesso em: 12 nov.14.

PIRES, V. L.; SOBRAL, A. Implicações do estatuto ontológico do sujeito na teoria discursiva do Círculo Bakhtin, Medvedev, Voloshinov. **Bakhtiniana**, Rev. Estud.

Discurso. vol.8 no.1 São Paulo Jan./June 2013. Disponível em:

<<http://dx.doi.org/10.1590/S2176-45732013000100013>>. Acesso em: 04 jan 2015.

PITTA, A.M.R. Interrogando os campos da saúde e da comunicação. In: PITTA, Áurea Maria da Rocha (org.). **Saúde e Comunicação:** visibilidades e silêncios. São Paulo: Editora Hucitec/Abrasco, 1995. 293p.

PRADO, J.L.A. O campo da comunicação e a comunicação entre os campos na era da globalização. In: M. I. V. Lopes (Org.). **Epistemologia da Comunicação**. São Paulo: Loyola/Compós, 2003. p. 135-153. 345p.

RAMOS, M. C. Comunicação, direitos sociais e políticas públicas. In: J. MARQUES DE MELO & L. Sathler. **Direitos à Comunicação na Sociedade da Informação**. São Bernardo do Campo, SP: Umesp. 2005.

RAMOS, M. C. Sobre a importância de repensar e renovar a ideia de sociedade civil. In: RAMOS, M. C.; SANTOS, S. **Políticas de Comunicação:** buscas teóricas e práticas. São Paulo: Paulus, 2007. P. 19-48. 408p.

REDE CÂNCER. **Câncer de colo de útero**. 2011. Disponível em:

<<http://www.redecancer.org.br/wps/wcm/connect/cancercoloutero/site/home>> Acesso em: 25 jul. 2011.

RIBEIRO, M. G. M., SANTOS, S. M. R., TEIXEIRA, M. T. B. Itinerário Terapêutico de Mulheres com Câncer do Colo do Útero: uma Abordagem Focada na Prevenção. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 4, n. 57, p. 483-491, 2011.

ROZEMBERG, B. O saber local e os dilemas relacionados à validação e aplicabilidade do conhecimento científico em áreas rurais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.

23, supl.1, 2007. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001300011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 dez. 2014.

SCHIMITH, M. D. *et al.* Relações entre profissionais de saúde e usuários durante as práticas em saúde. **Trab. educ. saúde** [Online], Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, nov. 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462011000300008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 nov. 2014.

SCHNEIDER, M. Ética e epistemologia: alerta contra a “neutralidade axiológica” na pesquisa em comunicação contemporânea. **Matrizes**, Ano 7, n. 2, p. 221-234, jul./dez., 2013.

Disponível em: <<http://www.matrizes.usp.br/index.php/matrizes/article/view/274/pdf>>.

Acesso em: 9 dez. 2014.

SELAIMEN, G. Direito à comunicação na agenda do Fórum Social Mundial de Caracas.

Mídia e Política, ano 2, n.3, Brasília: Ed. UnB, 2006. Disponível em:

<http://www2.metodista.br/unesco/jbcc/jbcc_mensal/jbcc280/jbcc_estado_forum_caracas.htm> . Acesso em: 12 mai. 2013.

SERAPIONI, M.; ROMANÍ, O. Potencialidades e desafios da participação em instâncias colegiadas dos sistemas de saúde: os casos de Itália, Inglaterra e Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2411-2421, nov. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001100015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 out. 2014.

SILVA, A. X.; CRUZ, E. A.; MELO, V. A importância estratégica da informação em saúde para o exercício do controle social. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, jun. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000300018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 dez. 2014.

SILVA, W. C.; MENDES, F. M. M.; QUEIRÓS, F. A. T. Comunicação, consciência e liberdade à luz de Paulo Freire. In: MARQUES DE MELO, J.; FERNANDES, G.M. (orgs.). **Pensamento comunicacional brasileiro**. 1 ed. São Paulo: Paulus, 2014. p. 479-484. 668p.

SILVEIRA, R. P., LOFEGO, J., LEAL, O., SOUZA, L. C., FEITOSA, A., RODRIGUES, L., SOUZA, L. C. Desenhos organizadores da integralidade e práticas avaliativas na Atenção Básica em Rio Branco In: : PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A.G. ; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Atenção básica e integralidade**: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde. 1ª ed. Rio de Janeiro : CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2008. p. 75-103. 360p.

SILVEIRA, R. P., REBOUCAS, M. ; MESSIAS, A. C. ; CATALAN, X. ; ALVES, C. Desinstitucionalização e modelos assistenciais em saúde mental: avaliação na perspectiva da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P.H.(orgs). **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário**: abordagem multicêntrica 1ª ed. Rio de Janeiro; Recife; SP : CEPESC / IMS-UERJ; Editora Universitária UFPE; ABRASCO, 2009. p. 95 -102. 375p.

SODRÉ, M. **Antropológica do Espelho**: uma teoria da comunicação linear e em rede. 6ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011. 268 p.

SODRÉ, M. Sobre a *Episteme* Comunicacional. **Revista Matrizes**. vol. 1., n. 1, São Paulo: ECA-USP, 2007.

SODRÉ, M. Ensinar e pesquisar. In: MOREIRA, Sonia Virgínia; VIEIRA, João Pedro Dias (orgs). **Comunicação**: ensino e pesquisa. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2008. p.15-26.

TEIXEIRA, R. R. Acolhimento num serviço de saúde entendido como um rede de conversações. In: PINHEIRO, R. ; MATTOS, R. A. (Orgs.) **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: Abrasco, 2007. 232p.

TRAD, L. A. B. *et al.* Itinerários terapêuticos face à hipertensão arterial em famílias de classe popular. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, abr. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000400021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 dez. 2014.

TREVISANI, J. J. D.; BURLANDY, L.; JAIME, P. C. Fluxos decisórios na formulação das condicionalidades de saúde do programa bolsa família. **Saude soc.**, São Paulo, v. 21, n. 2, jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000200021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 dez. 2014.

UNESCO. **Um mundo e muitas vozes**: comunicação e informação na nossa época. Rio de Janeiro: Editora da Fundação Getúlio Vargas. 1983.

VASCONCELOS, E. M. Educação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de

gestão participativa das políticas públicas de saúde. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, n.14, p.67-83, 2004.

VENTURA, M. Saúde feminina e o pleno exercício da sexualidade e dos direitos reprodutivos. In: BARSTED, Leila Linhares; PITANGUY, Jacqueline (orgs.). **O Progresso das Mulheres no Brasil 2003–2010**. Rio de Janeiro: Cepia; Brasília: ONU Mulheres, 2011.

VIANA, A.L.d'A. *et al.* Sistema de saúde universal e território: desafios de uma política regional para a Amazônia legal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, Sup 2, p. S117-S131, 2007.

VOLOCHINOV, V. N. (BAKHTIN, M.). **Marxismo e filosofia da linguagem**. São Paulo: Hucitec/Annablume, 2002.

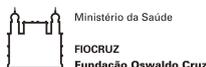
VOLOSHÍNOV, V. N. / BAJTÍN, M. **La Construcción de la Enunciación**. Buenos Aires: Editorial Almagesto, 1998.

WOLTON, D. **Pensar a Comunicação**. Brasília: Ed. Universidade de Brasília, 2004. 539p.

ZARDO, G. P. *et al.* Vacina como agente de imunização contra o HPV. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 9, set. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000903799&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 Jun. 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE A – ROTEIRO DA ENTREVISTA COM USUÁRIAS



ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA - USUÁRIAS

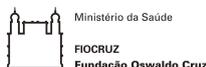
PROJETO DE PESQUISA: A comunicação como direito na saúde pública: diálogos e práticas de integralidade na política nacional de controle do câncer de colo de útero no contexto da Amazônia Ocidental

Entrevistado: _____ **Local:** _____ **Data:** _____ **Contato:** _____

Idade:	Questões - Diálogo, escuta e vínculo	Observações
Na estrutura dos serviços de saúde	Conte como você chegou a este serviço.	
	Quem são os profissionais que atenderam /atendem você?	
	Como é a relação entre você e as pessoas do sistema/ posto/ unidade de saúde?	
	Você tem liberdade de conversar e perguntar sobre questões da sua saúde? Quem te escuta com atenção?	
	Você tem amizade, proximidade ou confiança com alguém nos serviços de saúde?	
Como participação	Me conte como é o atendimento (estimular a descrição dos processos, horários, datas, idas e voltas)	
	Você sente/ sentiu necessidade de falar algo / ser ouvida em algum momento do atendimento? (por exemplo: uma explicação, reclamação ou sugestão)	
	(SIM) O quê / qual assunto? Procurou alguém procura para falar? Quem /onde?	

	(Agente de saúde, técnico(a) de enfermagem, enfermeiro(a), médico(a) / ouvidoria / participação em movimentos sociais / conferências / conselhos de saúde) Há algo que gostaria de falar para melhorar os serviços?	
	(NÃO) Há algo que gostaria de falar? Para quem? Quem poderia resolver? Tem sugestão para melhorar os serviços?	
	Se está com um problema de saúde...	
Na vida em comunidade	Conte-me sobre seu processo de adoecimento. Como tudo começou?	
	Como tem sido o cuidado relacionado ao útero fora dos serviços de saúde? (Na família, no bairro, no trabalho?)	
	Você conversa sobre questões da sua saúde com alguém fora dos serviços de saúde?	
	Quem te escuta com atenção?	
Como acesso à informação	Alguém te acompanha? (amizade, proximidade, confiança, vínculo)	
	Você conhece / tem informações e orientações sobre a prevenção? Vê / ouve / lê /conversa sobre informações?	
	Quais informações você conhece?	
	Como as informações chegaram até você?	
	Em quais formatos e suportes? Conversa (). Com quem? Rádio (), TV (), jornais (), revistas (), livros (), internet (), Facebook (), mensagens (), emissoras públicas (), Ministério e Secretarias de Saúde (), escola (), outros (). Quais?	

APÊNDICE B – ROTEIROS DE ENTREVISTA COM GESTORES



ROTEIRO DE ENTREVISTA - GESTOR NACIONAL / ESTADUAL

PROJETO DE PESQUISA: A comunicação como direito na saúde pública: diálogos e práticas de integralidade na política nacional de controle do câncer de colo de útero no contexto da Amazônia Ocidental

Entrevistado: _____ **Local:** _____ **Contato:** _____

Questões para explorar / pontuar	Observações
Como a Secretaria de Estado de Saúde / Ministério da Saúde avalia as ações e práticas no controle e tratamento do câncer de colo de útero? Quais os critérios de avaliação?	Foi realizado seminário com representantes estado / município para avaliação das ações?
Você considera que as usuárias costumam seguir a trajetória prevista na Política Nacional de Controle do Câncer de Colo de Útero (PNCCCU)?	
Você identifica espaços para sugestões e propostas de usuárias na formulação das ações e estratégias da PNCCCU?	Quais? Como são realizadas?
Com relação a readequações de ações e condutas nos serviços a partir de sugestões de usuárias, você pode citar algum exemplo?	
Como é desenvolvida a comunicação sobre as ações da PNCCCU no Estado do Acre / pelo Ministério da Saúde?	Meios de comunicação/ informação institucional
Você identifica direitos relacionados à comunicação na PNCCCU? Se sim, como são desenvolvidos/operacionalizados?	

Pavilhão Haity Moussatché - Avenida Brasil 4365 - RJ CEP 21045 900 Tel: 21 3865 3131 Fax: 21 2270-2668 E-mail: icict@icict.fiocruz.br www.icict.fiocruz.br

Questões sobre o Plano de ação para redução da incidência e mortalidade por câncer do colo do útero: sumário executivo (2011) - diretrizes da PNCCCU	Observações
O que avançou no SISCOLO nos últimos dois anos com relação ao cadastro das mulheres?	Exames vinculados, identificação de periodicidade, emissão de convites para as mulheres
Quais foram as ações prioritárias para fortalecer a descentralização da gestão?	
Quais as estratégias desenvolvidas para ampliar a divulgação das recomendações e condutas?	Fortalecer as parcerias? Campanha publicitária, semana, outras ações do MS?
O que é a Rede Colaborativa para Prevenção do Câncer do Colo do Útero? Ela está oficializada?	Ampliar parcerias, apoiar eventos, fortalecer intercâmbio de experiências (controle social do SUS, movimento organizado de mulheres), fortalecer a participação de coordenadoras/secretarias de mulheres no planejamento e desenvolvimento das estratégias.
Como é a relação do Ministério da Saúde / das Secretarias Estaduais de Saúde e a universidade na implementação da PNCCCU?	Articulação com as redes de conhecimento (universidades e grupos de pesquisas)
Há ações específicas para intensificação do controle de câncer na Região Norte?	Integração c/ Forças Armadas a pop. fronteira e ribeirinhas, unidades móveis de rastreamento em locais com difícil acesso à atenção básica, seminários regionais

Pavilhão Haity Moussatché - Avenida Brasil 4365 - RJ CEP 21045 900 Tel: 21 3865 3131 Fax: 21 2270-2668 E-mail: icict@icict.fiocruz.br www.icict.fiocruz.br



ROTEIRO DE ENTREVISTA - GESTOR MUNICIPAL

PROJETO DE PESQUISA: A comunicação como direito na saúde pública: diálogos e práticas de integralidade na política nacional de controle do câncer de colo de útero no contexto da Amazônia Ocidental

Entrevistado: _____ Local: _____ Data: _____ Contato: _____

1	Questões	Observações
1	Quando a usuária tem um diagnóstico de (algum tipo de) lesão no colo do útero, qual a trajetória dela nos serviços (tratamento, seguimento, acompanhamento)?	
2	Como o município avalia as ações e práticas no controle e tratamento do câncer de colo de útero? Quais os critérios de avaliação?	
3	Há avaliações nos centros e postos de saúde? Se sim, por quem os resultados são analisados?	Como são analisados?
4	Com relação a readequações de ações e condutas nos serviços, você pode citar algum exemplo?	
5	Como é desenvolvida a comunicação sobre as ações da Política Nacional de Controle do Câncer de Colo de Útero (PNCCCU) no município de Rio Branco, com relação aos serviços de saúde?	Meios de comunicação/ informação institucional
6	Você identifica espaços para sugestões e propostas das usuárias na formulação das ações e estratégias da PNCCCU ou na reorganização dos serviços?	Como usuárias são ouvidas?
7	Você identifica direitos relacionados à comunicação na PNCCCU? Se sim, como são desenvolvidos/operacionalizados?	

Pavilhão Haity Moussatché - Avenida Brasil 4365 - RJ CEP 21045 900 Tel: 21 3865 3131 Fax: 21 2270-2668 E-mail: icict@icict.fiocruz.br www.icict.fiocruz.br

	Questões sobre o Plano de ação (2011) - diretrizes da PNCCCU	Observações
8	O que avançou no SISCOLO nos últimos dois anos com relação ao cadastro das mulheres?	Exames vinculados, identificação de periodicidade, emissão de convites para as mulheres
9	Quais foram as ações prioritárias para fortalecer a descentralização da gestão?	SISREG?
10	Quais as estratégias de comunicação e informação são desenvolvidas para a divulgação para a população?	Fortalecer as parcerias? Campanha publicitária, semana, outras ações do MS?
11	Existe uma Rede Colaborativa para Prevenção do Câncer do Colo do Útero? Como acontece?	Ampliar parcerias, apoiar eventos, fortalecer intercâmbio de experiências (controle social do SUS, movimento organizado de mulheres), fortalecer a participação de coordenadorias/secretarias de mulheres no planejamento e desenvolvimento das estratégias.
12	Como é a relação da Secretaria Municipal de Saúde e a universidade na implementação da PNCCCU?	Articulação com as redes de conhecimento (universidades e grupos de pesquisas)
13	Há ações específicas da PNCCCU para intensificação do controle de câncer na Região Norte?	Integração c/ Forças Armadas a pop. fronteira e ribeirinhas, unidades móveis de rastreamento em locais com difícil acesso à atenção básica, seminários regionais

Pavilhão Haity Moussatché - Avenida Brasil 4365 - RJ CEP 21045 900 Tel: 21 3865 3131 Fax: 21 2270-2668 E-mail: icict@icict.fiocruz.br www.icict.fiocruz.br



ROTEIRO DE ENTREVISTA – REGULAÇÃO ESTADUAL / MUNICIPAL

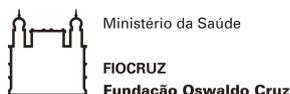
PROJETO DE PESQUISA: A comunicação como direito na saúde pública: diálogos e práticas de integralidade na política nacional de controle do câncer de colo de útero no contexto da Amazônia Ocidental

Entrevistado: _____ **Local:** _____ **Data:** _____ **Contato:** _____

1	Questões	Observações
1	Quando a usuária tem um diagnóstico de lesão no colo do útero (NIC3), qual a trajetória dela nos serviços? Como está estabelecida a regulação na linha de cuidado do controle do câncer de colo de útero?	
2	Como o a regulação avalia as ações e práticas? Há instrumentos de avaliação? Quais os critérios de avaliação?	
3	Houve mudanças recentes? Quando há mudanças como é feita a comunicação para os serviços?	
4	A regulação tem um documento que especifica o fluxo e as rotinas?	
5	Como é construído o fluxo da regulação na linha de cuidado do controle do câncer de colo de útero?	
6	Usuárias / pacientes tem espaços para sugestão ou reclamação sobre os serviços? Qual? Onde? Há registro dessas falas?	
7	Quais os problemas que você identifica na regulação da linha de cuidado do controle do câncer de colo de útero?	

Pavilhão Haity Moussatché - Avenida Brasil 4365 - RJ CEP 21045 900 Tel: 21 3865 3131 Fax: 21 2270-2668 E-mail: iciet@iciet.fiocruz.br www.iciet.fiocruz.br

APÊNDICE C - TERMOS DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – USUÁRIAS

PROJETO DE PESQUISA: A comunicação como direito na saúde pública: diálogos e práticas de integralidade no cuidado do câncer de colo de útero, no contexto da Amazônia Ocidental

Durante a leitura deste documento posso interromper a qualquer momento para fazer perguntas, tirar dúvidas ou pedir esclarecimentos.

Eu,....., fui procurada pela pesquisadora Juliana Lofego Encarnação (RG 08942422-0 IFP-RJ), sobre o projeto de pesquisa de título acima, coordenado por ela. Neste estudo, fui selecionada para contar sobre minha experiência relacionada à prevenção ou controle do câncer de colo de útero.

Fui informada sobre o objetivo da pesquisa, que é **analisar a comunicação que existe entre o sistema de saúde e as mulheres no controle do câncer de colo de útero, que facilitam ou dificultam a garantia do direito à saúde**. Fiquei sabendo que minha participação na pesquisa será em entrevistas, que em questões relacionadas à minha história de cuidados com a saúde ou de adoecimento. Um risco que corro é de me emocionar ao falar de determinados temas e relembrar sentimentos, mas se eu me sentir muito abalada a pesquisadora irá me encaminhar para um serviço de saúde para acompanhamento do problema. Um benefício indireto da minha participação é contribuir com minha vivência para melhorar os serviços de saúde e ajudar para que mais mulheres também possam ser ouvidas em suas experiências.

Eu posso me recusar a fazer as entrevistas em qualquer momento da pesquisa, seja por minha vontade própria ou por não concordar com qualquer coisa realizada. Isso não vai prejudicar meu tratamento de saúde nem irá me causar nenhum problema. Posso também a qualquer hora pedir esclarecimentos sobre a pesquisa.

As entrevistas serão gravadas (áudio) e apenas pesquisadores terão acesso a elas, sendo proibida a divulgação por completo. Meu nome não vai ser identificado como entrevistada, mas pequenos trechos da entrevista podem ser apresentados nos resultados da pesquisa e futuramente em ambientes de ensino e pesquisa, como seminários e textos científicos. Para garantir o anonimato, no lugar do meu nome será colocado um “nome fantasia”.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Politécnica em Saúde Joaquim Venâncio/ Fiocruz. No caso de dúvida ou reclamação, posso procurar a pesquisadora Juliana Lofego Encarnação pelo telefone (68) 9211-2651 e-mail: julofego@gmail.com ou o Comitê de Ética em Pesquisa da EPSJV/ Fiocruz (21) 3865-9710 cep@epsjv.fiocruz.br .

Assim, me considero satisfeita com as explicações deste documento e também com as explicações da coordenadora da pesquisa. Portanto, no momento, concordo em participar da pesquisa.

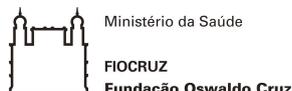
_____ ou Impressão digital:
Assinatura do(a) participante (caso não possa assinar)

_____ Data ___/___/___.
Assinatura do pesquisador



Observação: Este documento será preenchido em duas vias. Uma delas será entregue ao participante da pesquisa.

Comitê de Ética em Pesquisa da EPSJV/Fiocruz – Avenida Brasil, 4365 – Manguinhos – Rio de Janeiro – RJ. EPSJV, sala 316 / Tel.: (21) 3865-9710 – e-mail: cep@epsjv.fiocruz.br
Instituição coparticipante: Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Hospital Estadual do Acre – FUNDHACRE - BR 364 Km 02 - Distrito Industrial - Rio Branco/AC - Tel.: (68) 3226-4336 / (68) 3226-3306



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - GESTORES

PROJETO DE PESQUISA: A comunicação como direito na saúde pública: diálogos e práticas de integralidade no cuidado do câncer de colo de útero, no contexto da Amazônia Ocidental

Durante a leitura deste documento posso interromper a qualquer momento para fazer perguntas, tirar dúvidas ou pedir esclarecimentos.

Eu,....., fui procurado(a) pela pesquisadora Juliana Lofego Encarnação (RG 08942422-0 IFP-RJ), sobre o projeto de pesquisa de título acima, coordenado por ela. Neste estudo, fui selecionado(a) por preencher os critérios de inclusão, no caso, por contribuir com a gestão da Política Nacional de Controle de Câncer de Colo de Útero.

Fui informado(a) sobre o objetivo da pesquisa que é **analisar as práticas de comunicação a partir dos caminhos percorridos por mulheres no controle do câncer de colo de útero, na Amazônia Ocidental, visando a garantia do direito humano à saúde**. Também estou ciente de que minha participação será apenas em entrevistas, que estas serão gravadas em áudio e mantidas sob sigilo, com acesso restrito a pesquisadores envolvidos nesta pesquisa, sendo proibida sua divulgação completa. Nos resultados da pesquisa pode ser que aconteça a divulgação de pequenos trechos da entrevista (na tese ou em artigos, seminários e congressos científicos), e o anonimato será preservado pela não identificação dos nomes dos entrevistados, sendo classificados genericamente como “gestor”. Apesar disso, um risco a ser considerado é a não possibilidade de garantia do anonimato de forma irrestrita devido à ocupação de função ou cargo estratégico na gestão pública no momento da realização da entrevista.

Fui informado(a) de que posso me recusar a realizar as entrevistas em qualquer momento da pesquisa, seja por vontade própria ou por não concordar com qualquer coisa que estiver sendo realizada, sem prejuízo das minhas atividades ou qualquer represália. Posso também pedir esclarecimentos de qualquer natureza sobre o projeto de pesquisa.

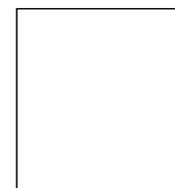
Um benefício indireto da minha participação é permitir que a minha experiência de trabalho possa melhorar os serviços de saúde, ao contribuir com a reflexão sobre a comunicação como um processo estratégico para a visão integral da pessoa em seu processo de adoecimento.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Politécnica em Saúde Joaquim Venâncio/ Fiocruz. Em caso de dúvida ou reclamação, posso procurar a pesquisadora Juliana Lofego Encarnação pelo telefone (68) 9211-2651 e-mail: julofego@gmail.com ou o Comitê de Ética em Pesquisa da EPSJV/ Fiocruz (21) 3865-9710 cep@epsjv.fiocruz.br .

Assim, considero-me satisfeito(a) com as explicações deste documento e também com as explicações da coordenadora da pesquisa. Portanto, no momento, concordo em participar da pesquisa.

_____ ou Impressão digital:
Assinatura do(a) participante (caso não possa assinar)

_____ Data ____/____/____.
Assinatura do pesquisador



Observação: Este documento será preenchido em duas vias. Uma delas será entregue ao participante da pesquisa.

Comitê de Ética em Pesquisa da EPSJV/Fiocruz – Avenida Brasil, 4365 – Manguinhos – Rio de Janeiro – RJ. EPSJV, sala 316 / Tel.: (21) 3865-9710 – e-mail: cep@epsjv.fiocruz.br
Instituição coparticipante: Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Hospital Estadual do Acre – FUNDHACRE - BR 364 Km 02 - Distrito Industrial - Rio Branco/AC - Tel.: (68) 3226-4336 / (68) 3226-3306

ANEXOS

ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A comunicação como direito na saúde pública: diálogos e práticas na política nacional de controle do câncer de colo de útero no contexto da Amazônia Ocidental

Pesquisador: Juliana Lofego

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 27554614.7.0000.5241

Instituição Proponente: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/FIOCRUZ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 629.830

Data da Relatoria: 08/05/2014

Apresentação do Projeto:

O presente projeto de doutoramento pertence ao Programa de Pós-graduação em Informação e Comunicação em Saúde (PPGICS), do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT), já tendo passado pelo processo de qualificação. Visa analisar as práticas relacionadas ao direito à comunicação, como uma dimensão do direito humano à saúde, a partir da estratégia metodológica dos itinerários terapêuticos de mulheres no controle do câncer de colo de útero no contexto da Amazônia Ocidental. Ao refletir sobre as práticas de comunicação à luz de aportes teórico-metodológicos nas dimensões do vínculo social, diálogo e escuta, busca identificar práticas em três níveis de observação: na construção da política pública, nas ações e práticas dos serviços de saúde e no cotidiano de mulheres. Tendo a integralidade em saúde como referência conceitual, parte do cuidado como valor, uma categoria que enfatiza o diálogo, a reflexão crítica e responsável sobre questões de saúde-doença e centra o olhar nas usuárias do Sistema Único de Saúde no contexto regional. O estudo busca refletir sobre indicadores do direito à comunicação aplicáveis à Política Nacional do Controle do Câncer de Colo de Útero. Tem como hipótese de que a estrutura e o funcionamento dos serviços de saúde na linha de cuidado do câncer de colo de útero não favorecem que as usuárias sejam ouvidas e consideradas em questões

Endereço: Avenida Brasil, 4365

Bairro: Manguinhos

CEP: 21.040-900

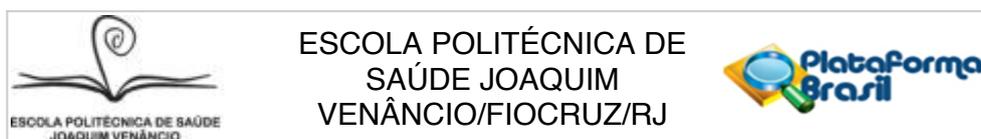
UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3865-9710

Fax: (21)3865-9729

E-mail: cep@fiocruz.br



Continuação do Parecer: 629.830

relacionadas a seu adoecimento e tratamento, que levam à garantia do direito à saúde. A abertura de possibilidade de fala/escuta/participação das usuárias pode interferir na avaliação e recondução de ações e estratégias da Política Nacional no contexto regional da Amazônia Ocidental.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar as práticas relacionadas ao direito à comunicação, como uma dimensão do direito humano à saúde, a partir dos itinerários terapêuticos de mulheres no controle do câncer de colo de útero no contexto da Amazônia Ocidental

Objetivo Secundário:

1. Identificar práticas relacionadas ao direito à comunicação em três níveis de observação: na construção da política pública (macro), nas ações e práticas dos serviços de saúde (micro) e no cotidiano de mulheres (molecular).
2. Refletir sobre as práticas de comunicação à luz de aportes teórico-metodológicos nas dimensões do vínculo social, diálogo e escuta.
3. Elaborar critérios e/ou indicadores do direito à comunicação aplicáveis à Política Nacional do Controle do Câncer de Colo de Útero.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos envolvidos na realização do estudo são mínimos. Cabe ressaltar, entretanto, que com relação às usuárias, compreende-se que pode ocorrer mobilização de emoções e sentimentos em função dos temas tratados nas entrevistas em profundidade, quando nelas forem abordadas questões relacionadas à história pessoal ou do adoecimento. Tal ressalva está informada no TCLE.

Com relação aos benefícios para as usuárias, espera-se que a pesquisa promova a cidadania e estimule a participação direta delas em espaços de interação e diálogo, e que suas ideias e opiniões plurais sejam consideradas e possam futuramente contribuir com a estruturação de serviços ou formulação de políticas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O itinerário terapêutico é uma estratégia metodológica da pesquisa, uma vez que a avaliação centrada no usuário permite enfocar as possibilidades de cuidado encontradas nas relações dos indivíduos em suas redes sociais, que podem ir além das estruturas dos serviços de saúde. Os

Endereço: Avenida Brasil, 4365	CEP: 21.040-900
Bairro: Manguinhos	
UF: RJ	Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3865-9710	Fax: (21)3865-9729
	E-mail: cep@fiocruz.br



Continuação do Parecer: 629.830

itinerários terapêuticos proporcionam uma análise sobre uma experiência real vivida em processos de adoecimento e possibilitam a visibilidade das estratégias pessoais voltadas para a cura (ALVES; SOUZA, 1999). A pesquisa terá como base empírica a narrativa de 15 mulheres em tratamento ou acompanhamento preventivo de câncer de colo de útero a partir de entrevistas abertas, em profundidade, baseadas na história de vida com foco no adoecimento. Elas serão selecionadas em três tipos de unidades de atendimento do Sistema Único de Saúde na comunidade, nos serviços municipais, nos serviços estaduais. Como critério de inclusão estão mulheres de 25 a 65 idade, por ser a faixa etária priorizada para a realização de exames preventivos conforme as diretrizes brasileiras (INCA, 2012). A observação de campo será inspirada no método

etnográfico, registrada em diário de campo, embora não reproduzindo etnografias clássicas com inserção prolongada do pesquisador no campo estudado. Os registros serão sistemáticos, captando impressões, comportamentos, descrição de ambientes, conversas informais e outros elementos do contexto local. Serão feitos registros fotográficos que apoiarão a análise com o objetivo de ampliar a compreensão do material empírico. Serão aplicadas 10 entrevistas semiestruturadas no âmbito da gestão da política pública, tendo como critério de inclusão de pessoas identificadas a funções e cargos estratégicos na seguinte proporção: 4 gestores da Política Nacional de Controle do Câncer de Colo de Útero (1 municipal, 1 estadual, 2 nacional); 4 gestores dos serviços de saúde municipal / estadual (1 unidade básica de saúde, 1 centro de saúde, 1 Centro de Controle Oncológico, 1 Unacom/Hospital do Câncer) e 1 representante da ouvidoria de saúde e 1 representante de movimentos sociais (Associação Amigos do Peito).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados: folha de rosto devidamente preenchida, roteiros de entrevista, projeto detalhado, TCLE para gestores e usuárias e autorizações institucionais da Secretaria Municipal de Saúde, da Unacom, uma unidade de referência em Câncer de Colo de Útero, e do Cecon. Todos os documentos estão em ordem, atendendo ao que prevê a resolução CNS/Conep 466/2012.

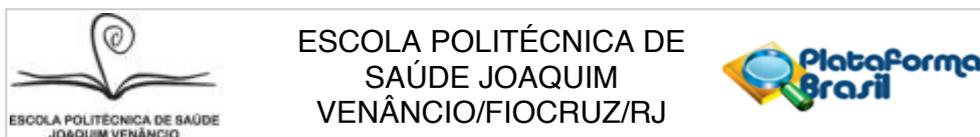
Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pela análise procedida, este Comitê (registrado junto à CONEP – Cf. Ofício n. 2254/Carta n. 0078 – CONEP/CNS/MS, de 12 de agosto de 2010) considera o presente protocolo aprovado

Endereço: Avenida Brasil, 4365
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.040-900
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3865-9710 **Fax:** (21)3865-9729 **E-mail:** cep@fiocruz.br



Continuação do Parecer: 629.830

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

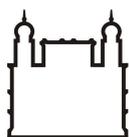
Não

Considerações Finais a critério do CEP:

RIO DE JANEIRO, 29 de Abril de 2014

Assinador por:
Daniel Groisman
(Coordenador)

Endereço: Avenida Brasil, 4365
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.040-900
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3865-9710 **Fax:** (21)3865-9729 **E-mail:** cep@fiocruz.br



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ICICT

Instituto de Comunicação e Informação
Científica e Tecnológica em Saúde

JULIANA LOFEGO

Diálogo, direito e vínculo na garantia da integralidade em saúde: visibilidade para as práticas de comunicação nos itinerários terapêuticos de mulheres na Amazônia Ocidental

Rio de Janeiro
2015