



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ICICT
Instituto de Comunicação e Informação
Científica e Tecnológica em Saúde

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM COMUNICAÇÃO E SAÚDE

Comunicação em Saúde: a construção de um modelo participativo para o CSEGSF

por

Filipe Leonel Vargas

Projeto de Pesquisa apresentado ao Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Comunicação e Saúde.

Orientador: Fátima Pivetta, mestre em Química Analítica

Rio de Janeiro, dezembro/2009

SUMÁRIO

1.Introdução.....	2
2. Objetivos.....	4
2.1 Objetivo Geral.....	4
2.2 Objetivos específicos.....	4
3. Justificativa.....	5
4. Embasamento teórico.....	6
4.1 Saúde Pública.....	6
4.2 Comunicação.....	8
4.3 Comunicação e saúde e os princípios do SUS.....	13
4.4 A comunicação nas Conferências Nacionais de Saúde.....	14
4.5 A importância do contexto no modelo de comunicação proposto.....	15
5. Contexto Empírico.....	17
5.1 O Centro de Saúde Escola.....	17
5.2 Manguinhos.....	19
5.3 O CSEGSF e sua inserção no território de Manguinhos.....	21
6. Metodologia.....	22
7. Cronograma de Trabalho.....	25
Referências Bibliográficas	26

1.INTRODUÇÃO

O acesso à informação é fundamental para garantir a democratização e viabilizar os processos no Sistema Único de Saúde (SUS). A Constituição Federal de 1988 assegura a saúde como um direito de todos e dever do Estado, conferindo à população poder de intervir na construção, fiscalização e andamento do Sistema.

Na saúde, além da descentralização e da integralidade da assistência, a participação popular é imprescindível para a construção de um modelo público efetivo, amplo e irrestrito. A necessidade de informar, capacitar, ou melhor, ‘empoderar’¹ populações organizadas através da difusão ampla das evidências das relações entre saúde e seus pré-requisitos, assim como da construção de mecanismos de atuação eficientes, é central na estratégia da promoção da saúde para a reivindicação por políticas públicas saudáveis (Buss, 2000).

Considerada como imprescindível, a conscientização a respeito de elaborar modelos de comunicação que percebam a prática comunicativa da sociedade e sejam, ao mesmo tempo, eficazes para os atores sociais vem crescendo a cada dia, embora ainda se apresente de maneira incipiente nas próprias instituições de saúde. As práticas de comunicação são entendidas como um processo prescritivo e de transmissão de informações, determinações, normas e regulamentos, visando ao bom funcionamento da organização, e não como um processo essencialmente comunicativo.

Segundo Araújo e Cardoso (2007), a comunicação, quando feita dessa forma, funciona como um mero instrumento, seguindo o modelo tradicional emissor – receptor, quando um ‘fala’ e o outro(s) ‘escuta(m)’. Em geral, as ações desenvolvidas assumem um caráter instrumental e fragmentado, não atingindo os objetivos em razão de não chegarem aos interlocutores de modo claro, direto e específico. Além disso, não é concebida de forma participativa, e não contempla as reais necessidades e demandas da população. Diferentemente da saúde, em que uma nova concepção foi alavancada a partir do movimento

¹ Empoderamento significa em geral a ação coletiva desenvolvida pelos indivíduos quando participam de espaços privilegiados de decisões, de consciência social dos direitos sociais. Essa consciência ultrapassa a tomada de iniciativa individual de conhecimento e superação de uma situação particular (realidade) em que se encontra, até atingir a compreensão de teias complexas de relações sociais que informam contextos econômicos e políticos mais abrangentes. O empoderamento possibilita tanto a aquisição da emancipação individual, quanto a consciência coletiva necessária para a superação da “dependência social e dominação política” (Pereira, 2006).

da Reforma Sanitária, a comunicação está relacionada a um conjunto de fatores, como bem-estar, qualidade de vida, moradia, habitação, lazer, educação, acesso a bens e serviços essenciais, conforme exemplificou Araújo no trecho a seguir:

“... o surgimento de outros enfoques teóricos não levou ao descarte do modelo transferencial: pelo contrário, ele continua forte e ativo, nas políticas de comunicação para o desenvolvimento. Mudaram os paradigmas do campo afetado – por exemplo, na agricultura, a ‘revolução verde’ foi substituída pelo ‘desenvolvimento sustentado’, o modelo sanitário teve de incorporar outros valores, como o direito à saúde – mas não mudaram muito os pressupostos da comunicação e seu papel na implantação das políticas públicas setoriais: continua-se investindo maciçamente em campanhas que visam à mudança de atitude e à adoção de comportamentos mais adequados à superação dos problemas sociais...” (Araújo, 2002, p.217).

Dessa forma, o modelo alternativo proposto por alguns autores no campo da saúde – como, por exemplo, Araújo, Pitta, Cardoso e Rosemberg – considera que a comunicação deve se relacionar com os direitos dos cidadãos; ser dirigida e construída com a participação deles, assim como o SUS, em que a presença da sociedade na gestão pública é um direito assegurado pela Constituição Federal, permitindo que a população intervenha nas decisões administrativas, na formulação das políticas públicas, na fiscalização do funcionamento do sistema e na aplicação dos recursos.

Apesar disso, a formação de um campo de comunicação e saúde emergiu a partir da década de 90, sendo incorporada pelas Conferências Nacionais de Saúde (CNS). As CNS são espaços destinados a analisar os avanços e retrocessos do SUS, bem como propor diretrizes para formulação de políticas de saúde; são consideradas, ao lado dos Conselhos de Saúde², principais espaços de participação e controle social no campo da saúde (Araújo; Cardoso, 2007).

É nesse contexto de busca de caminhos alternativos para a comunicação e participação popular que este trabalho se pauta. O projeto de pesquisa a ser desenvolvido pretende refletir sobre as atividades de comunicação existentes e contribuir para a construção de uma estratégia de comunicação entre o Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (CESGSF/ENSP), localizado no Campus da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), e a população assistida do bairro de Manguinhos, no Rio de Janeiro. A proposta busca superar o modelo linear de comunicação focado na relação

² Os conselhos de saúde existem nas três esferas governamentais: federal, estadual e municipal. São órgãos permanentes e deliberativos, que reúnem representantes do Governo e dos prestadores de serviços de saúde, profissionais de saúde e usuários do SUS.

emissor – receptor, que considera a comunicação como ‘transmissão de informações’, e visa promover um modelo participativo, centrado na participação popular, e a saúde como um direito do cidadão. Além disso, procura, sem desprezar as conquistas anteriores e considerando as referências apresentadas por alguns autores, sugerir um novo modelo de comunicação que represente de forma mais adequada os processos sociais de formação dos sentidos e a prática comunicativa na intervenção social.

A temática da cidadania em saúde não é nova. Todavia, o que se propõe como inovador é a perspectiva de maior articulação entre uma estratégia de comunicação e os direitos do cidadão. O que objetiva acentuar é que, como qualquer processo ou instituição sócio-histórica, a comunicação não pode ser percebida como um fenômeno distante das ações e representações dos sujeitos.

Portanto, é preciso considerar a complexidade dos processos comunicativos, assim como a importância que cada um ocupa no momento em que participa de algum ato de interlocução, os contextos e os sentidos produzidos durante a prática comunicativa – considerando que “não há só um saber nem uma só forma de conhecer” (Rozemberg, 2006, p. 745).

Uma construção compartilhada, a partir do diálogo construído no cotidiano, promove a comunicação democrática e contextualizada, melhora a autoestima, valoriza a cultura, a mudança social e o empoderamento (Peruzzo, 1999; Silva; Bordin, 2003).

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar as estratégias de comunicação do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria da ENSP, de modo a subsidiar a construção de uma proposta de comunicação com base nas necessidades da população atendida e de acordo com os princípios do SUS.

2.2 Objetivos específicos:

- Mapear as estratégias de comunicação do CSEGSF
- Fazer um levantamento das formas de circulação dos atuais meios de comunicação do CSEGSF

- Identificar as potenciais condições de apropriação dessas informações
- Produção do mapa da comunicação do CSEGSF
- Propor uma estratégia de comunicação para o CSEGSF

3. JUSTIFICATIVA

A miséria e a degradação social estão presentes nos grandes centros urbanos brasileiros. Neles ganham visibilidade a deterioração da cidadania e a incapacidade do Estado no sentido de amenizar, via políticas públicas, as gritantes desigualdades e injustiças sociais. No campo da saúde, essa realidade adquire uma nitidez desconcertante. Apesar dos avanços que se traduziram em princípios constitucionais, a construção de um processo comunicativo coerente com os ideais do Sistema Único de Saúde ainda é perseguida.

As instituições de saúde sempre se valeram da comunicação para apoiar a implantação de suas políticas, divulgando ações e prescrevendo comportamentos, mas não foram facultados meios e canais de expressão à população, cabendo-lhes o lugar de ‘receptores’ e ouvintes da comunicação institucional, sem direito ao diálogo. O modelo hegemônico de comunicação nessas organizações dissemina apenas a voz dos profissionais de saúde, moldando comportamentos, hábitos e condutas promotoras de saúde, sem considerar seus conhecimentos ou lhes oferecer interlocução. Essas ações são concentradas, principalmente, em campanhas provocadas por situações específicas (ex. campanhas de Aids, tuberculose, dengue, fumo) (Araújo; Cardoso, 2007).

Portanto, na busca de superar o atual modelo vigente de comunicação e elevar os usuários do CSEGSF – local em que se concentra a pesquisa – ao papel de sujeitos das ações, uma nova proposta se faz necessária. O modelo a ser perseguido deve valorizar uma “comunicação em rede, multidirecional, multipolar e descentrada, que procura atualizar o conceito de polifonia” (Araújo; Cardoso, 2007, p. 64) –, trabalhando por meio de redes que se entrelaçam em prol de uma comunicação mais eficaz e coesa direcionada aos usuários.

Este projeto se situa na interação entre um modelo de comunicação que considere a presença de múltiplas vozes que concorrem entre si em determinados espaços e a realidade das políticas de comunicação em saúde das instituições. O caminho a ser seguido se faz consoante aos princípios do SUS, no sentido de enxergar a “comunicação como um direito de

todos”, “a comunicação respeitando as diferenças”, “as múltiplas dimensões da comunicação”, “a redistribuição da comunicação”, “a comunicação em vários níveis” e a “comunicação como uma estratégia de participação social” (Araújo; Cardoso, 2007). Participação que, segundo Peruzzo, (1998, p. 76), na essência, diz respeito à democracia e se relaciona com o exercício de poder, implicando sua concentração ou partilha.

As atividades desenvolvidas pelo CSEGSF por muitas vezes pautaram as reportagens do Informe ENSP, um informativo institucional diário da ENSP que traz, em seu conteúdo, notícias de interesse geral da área de Saúde Pública, e no qual trabalho. Como jornalista da instituição, sempre tive o costume entrevistar os médicos, pesquisadores e pacientes do local e, por conta disso, observei por diversas vezes, mesmo que de forma preliminar e sem compromisso, as atividades de comunicação do CSEGSF. No primeiro momento, tinha a impressão de que as ações não eram trabalhadas com as pessoas que frequentam o local, mas essa era uma opinião sem qualquer fundamento teórico.

Em 2009, após o ingresso no curso de Comunicação e Saúde, percebi que o modelo obedece uma lógica centralizadora e não participativa, de forma que algumas questões surgiram e levaram a realização deste projeto de pesquisa. Elas se colocam no sentido de compreender: (1) Os usuários são estimulados a participarem das estratégias de comunicação? (2) Eles compreendem o conteúdo dos materiais produzidos? (3) Como circulam esses materiais? (4) Uma estratégia de comunicação construída com a sua participação seria eficaz?

4. EMBASAMENTO TEÓRICO

4.1 Saúde Pública

As primeiras ações de saúde pública implementadas no Brasil pelos governantes são datadas da época da vinda da família real para o país (1808), com interesse na manutenção de uma mão de obra saudável capaz de manter os negócios promovidos pela realeza (Baptista, 2007). Já no início do século XX, foram realizadas ações de saneamento e urbanização, seguidas do combate à algumas doenças epidêmicas, campanhas de vacinação obrigatória e isolamento das pessoas doentes sem condições de pagar por médicos próprios.

No entanto, foi a partir da década de 70 que os sanitaristas começaram a desenhar um novo modelo para a saúde pública do país. A ‘nova concepção de saúde’ incorporou questões

sobre os determinantes do processo saúde-doença; a importância da qualidade de vida dentro da lógica de saúde que era centrada na doença; e a saúde como sendo um direito do cidadão.

Dois importantes movimentos foram impulsionados dentro dessa ‘nova visão’. No plano internacional foi realizada a primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em 1986, que teve seus princípios e ideias incorporados pela Organização Mundial da Saúde e formalizados pela Carta de Ottawa (Porto; Pivetta, no prelo). A promoção da saúde (PS) tem como princípio central a equidade, e seus principais pilares são a intersectorialidade e a participação comunitária. Conforme destacou Buss (2000), representa uma estratégia para enfrentar os múltiplos problemas de saúde.

“A promoção da saúde, como vem sendo entendida nos últimos 20-25 anos, representa uma estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam as populações humanas e seus entornos neste final de século. Partindo de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, propõe a articulação de saberes técnicos e populares, e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para seu enfrentamento e resolução” (Buss, 2000).

No Brasil, este novo olhar para a saúde pública foi iniciado com o movimento pela Reforma Sanitária, que teve como seu ápice a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e na criação do SUS pela Constituição de 1988. Com a instituição do SUS, o Estado assumiu a saúde como um direito de todos e um dever seu, assegurando “mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988).

O movimento da reforma sanitária introduziu uma nova concepção de saúde, diferente do enfoque das ciências e do paradigma biomédico centrado na doença. As novas ideias incorporam a saúde não apenas como a ausência de doenças, mas trouxeram um conceito ampliado, relacionado a um conjunto de fatores, como bem-estar, qualidade de vida, moradia, habitação, lazer, educação, acesso a bens e serviços essenciais, entre outros.

A participação popular tem uma importância fundamental nessa estratégia para enfrentar os problemas de saúde. No SUS, se dá por meio de canais institucionalizados, como os conselhos de saúde e as conferências de saúde, no qual a população pode participar do processo de formulação e operacionalização das políticas de saúde. Segundo Buss, “as políticas públicas tendem a ser comprometidas com a saúde, quando têm sua implementação

controlada pela participação ativa da sociedade” (Buss, 2000), e na comunicação não pode ser diferente.

As ações dessa área devem ouvir e considerar o cidadão, ampliando suas vozes, de modo a oferecer “conhecimentos sobre seus direitos e outras informações que facilitem sua relação com as instituições e os serviços de saúde, favorecendo que ela se aproprie e potencialize as iniciativas sugeridas” (Araújo; Cardoso, 2007, p. 85).

Entretanto, Porto e Pivetta (no prelo), colocam que o discurso e a implementação das estratégias de PS desde a década de 1990 vêm se dando por dentro do aparato institucional do setor saúde, “fortemente de caráter institucional e com tímida penetração nos movimentos sociais”.

Embora as estratégias de PS sejam parte fundamental da busca da equidade, da melhoria da qualidade de vida e de saúde, e introduza em suas diretrizes os pressupostos da intersetorialidade e da participação comunitária, as ações prioritárias previstas estão direcionadas principalmente às dimensões individuais e comportamentais. Dentre elas se destacam alimentação saudável, prática corporal e atividade física, controle do tabagismo, uso de álcool e drogas. Ou seja, ainda que para alcançar as metas necessite mobilizar recursos intersetoriais, é o controle das pessoas, e não dos determinantes sócio-ambientais e suas condições, o foco da mudança.

No cenário da comunicação essa tendência perdura. Como dito acima, prevalece um modelo de “centralização e práticas autoritárias que facultam às instituições e aos profissionais da saúde o direito e o acesso à fala, restando à população o lugar de escuta” (Araújo; Cardoso, 2007, p. 67).

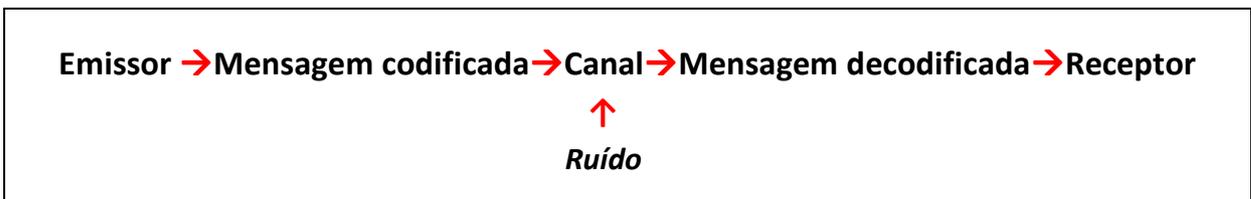
4.2 Comunicação

Para Araújo (2002), a comunicação em saúde é sempre uma prática social, e como toda prática social, traz subjacente um modelo, mesmo que seus praticantes não se apercebam. O modelo limitado à transferência de informações ainda é muito presente nas instituições e campanhas de saúde, conforme afirmado anteriormente. Mesmo assim, é importante rever sua trajetória e verificar seus impactos na saúde, pois, “tanto os modelos de saúde como os de

comunicação são relevantes para entender como são e poderiam ser as relações entre a população e as instituições” (Araújo; Cardoso, 2007, p. 39).

Segundo as autoras, a primeira teoria de comunicação foi a hipodérmica, que considerava as pessoas extremamente passivas ao que lhes era passado por meios de comunicação, além de serem moldadas por seu conteúdo. O modelo médico-sanitário mudou o eixo da saúde pública do meio ambiente para o indivíduo, culpabilizando-o e apontando a necessidade da mudança de comportamento e de hábitos que eram vistos como causas das doenças, com bases em descobertas epidemiológicas. A pobreza e a ignorância passaram a ser consideradas como doença, em detrimento de oferecimento, por parte do governo, de melhoria das condições de vida, moradia, trabalho, alimentação e educação. Assim, a educação se tornou fator fundamental para ultrapassar o atraso e condicional ao progresso e se associou à comunicação para a implantação de políticas em saúde, em meio a ideologias desenvolvimentistas da época.

O modelo de comunicação informacional se tornou uma matriz, que teve um forte eco no campo da saúde. Criado por um físico e um matemático americanos, Claude Shannon e Warren Weaver funciona da seguinte maneira, conforme ilustraram Araújo e Cardoso (2007):



De acordo com o esquema, para a comunicação ser satisfatória o emissor deve mandar uma mensagem para o receptor, por meio de um canal que não houvesse ruídos. Esse modelo trazia, na verdade, uma fórmula matemática de cálculo para a melhor transmissão de uma mensagem de um pólo a outro.

A disseminação deste modelo foi propiciada pelo contexto do espírito positivista – a comunicação almejando receber o estatuto de científica. O modelo também conquistou o campo das políticas públicas de saúde e até hoje orienta suas práticas. Porém, para Araújo e Cardoso as suas características prejudicam a compreensão da dinâmica das relações comunicativas como a linearidade (percorre um caminho sem variantes, não compreende as

dimensões afetivas, cognitivas, etc); a unidirecionalidade, sendo a comunicação feita de mão única, não permite ao receptor alterar as regras de comunicação; bipolaridade – exclui as demais vozes que fazem parte do processo comunicativo resumindo-a em dois pólos, ficando para o receptor apenas a decodificação das mensagens recebidas; eliminação dos ruídos, apagando todas as interferências na comunicação; concepção de língua como conjunto de códigos com significado preestabelecido e estável, portanto, passível de ser transferido; concepção instrumental da linguagem para a realização das intenções do emissor (Araújo; Cardoso, 2007).

Esse modelo traduz uma prática de comunicação sem escuta e diálogo, ficando apenas a cargo do emissor da mensagem o direito de voz (como os meios de comunicação, por exemplo). Ter como objetivo acabar com ruídos ignora as diferenças e diversidades de vozes sociais, de forma que, para Rozemberg (2006), não dá conta da interação humana justamente por deixar de fora o que algumas teorias da comunicação consideram como mais importante: todos os ruídos.

Porém, este modelo se tornou terreno fértil para a saúde, que na época, delegava aos indivíduos a responsabilidade pela solução dos problemas, sendo função das instituições públicas educar e informar – ou seja, o emissor é a voz qualificada que possui o saber e transmite suas ‘marcas’ no processo comunicativo, como exemplificou Martín-Barbero:

“O processo de comunicação, enquanto processo de intercâmbio, prolonga e torna mais denso o mecanismo produtivo geral; ‘a distância entre emissor e receptor é uma mera reprodução do espaço que medeia entre produtor e consumidor’. E mais: a passividade firmada e interiorizada por parte do receptor é apenas um aspecto da alienação social da qual participam os dois pólos do processo. O produto-mensagem que o receptor consome leva já inscrito em seu acabamento a ‘marca de fábrica’, seu caráter mercantil como pegada e modelo, ao mesmo tempo, do verticalismo e do autoritarismo geral que regem as relações sociais” (Mattelart, 1973 apud Martín-Barbero 2004, p. 51-52).

Na saúde, muitos movimentos procuram a incorporação de novas ideias. Durante os anos 60, em um momento em que ocorria movimento de caráter nacionalista, surgiu uma matriz com a abordagem humanista, política e contra-hegemônica de Paulo Freire, criticando o autoritarismo e o modelo mecânico de transferência de conhecimento. No período, de reflexão e produção metodológica, a comunicação para o desenvolvimento foi intensamente criticada, pois naquele momento se buscava acabar com uma perspectiva de interesses que não respeitavam o contexto e a história locais e não politizavam a população (Araújo; Cardoso, 2007).

O modelo da comunicação como diálogo, criado por Paulo Freire, considerava que todos os pólos da comunicação são detentores de saber e produzem conhecimento. A educação para ele se fundamentava num mundo da comunicação, onde o homem está em relação com os outros homens e com a natureza, de forma que a comunicação e a educação nasceram e cresceram juntas, tornando-se dependentes uma da outra para que pudessem ocorrer. Segundo Freire, “a educação é comunicação, é diálogo, na medida em que não é a transferência de saber, mas um encontro de sujeitos interlocutores que buscam a significação dos significados” (Freire, 1979, p. 69).

Foi por meio do trabalho de Freire que se passou a valorizar e utilizar a cultura de cada região do país para construir conhecimentos na área de saúde (Rozemberg, 2006). Este pensamento foi difundido e moveu experiências inovadoras na saúde. Contudo, algumas práticas na saúde orientavam a participação da população de acordo com os interesses governamentais e ainda lidavam com o analfabetismo e a ignorância como obstáculos que impediam o desenvolvimento. Sua dificuldade de implantação encontrou-se no discurso desenvolvimentista, ainda vigente. Sua noção de interação também leva a eliminar o conflito da relação comunicativa, como se os pólos de comunicação estivessem sempre em comunhão de interesses, além de excluir a relação de outras vozes, ou polifonia social. “A compreensão de que nosso interlocutor também possui conhecimentos pertinentes ao seu próprio desenvolvimento é uma conquista da maior importância para o campo da comunicação e saúde” (Araújo; Cardoso, 2007, p. 52).

A partir da década de 1980, a teoria da comunicação sofreu mudanças. A discussão sobre comunicação e poder foi ampliada devido às novas tecnologias e à Sociedade da Informação e do Conhecimento; os estudos passaram a exigir maior consideração dos contextos dos grupos sociais e a teoria que fala da produção social de sentidos começou a ganhar adeptos, inclusive no campo da saúde. O conceito criado na década de 1920, pelo filósofo e linguista russo Mikhail Bakhtin começou a ganhar lugar somente nos anos 70 – a polifonia social: “em cada fala, enunciado ou texto exprime-se uma multiplicidade de vozes, a maioria delas sem que o locutor se aperceba. As vozes correspondem a interesses e posições diferentes na estrutura social” (Araújo; Cardoso, 2007, p. 56). A diferença de interesses e embates sociais é chamada pelo autor de dialogismo.

A dinâmica da comunicação passa a ser percebida como processo de construção de sentido social, determinado por circunstâncias específicas e contextos sociais – indo a

confronto com o modelo informacional da comunicação. Segundo Araújo e Cardoso, não haveria mais um receptor, e sim um interlocutor durante o processo comunicativo.

“Se compreendermos que nunca começamos do zero, que outros já têm um cabedal de informações e saberes que se articularão aos nossos, não teremos a pretensão de transferir mensagem a receptores desprovidos de referências. O receptor, nessa perspectiva, é um interlocutor, um co-produtor de sentidos, sentidos que só se constituem no ato de interlocução” (Araújo; Cardoso, 2007, p. 58).

Essas idéias impactaram o campo da comunicação e saúde, cedendo lugar a uma outra visão da prática comunicativa: o direito da comunicação é inseparável do direito da saúde, com base nos princípios do SUS, e esta deve reconfigurar as relações de expressão popular, através da redistribuição do poder na comunicação.

Para se exercer o direito pleno à saúde deve-se oferecer: “a educação e a informação plenas; a participação na organização, gestão e controle dos serviços e ações de saúde; e o direito à liberdade, à livre organização e expressão” (Gonçalves, 1991, p. 16).

Portanto, a comunicação está extremamente ligada à noção de direito no âmbito da saúde e não há como pensar em participação social sem trabalhar a comunicação como fator vital para este objetivo. Para isso, há de se promover debates públicos e construir estratégias conjuntas sobre temas de interesse da população para que as elas tenham informações adequadas suficientes para o controle das políticas de saúde.

Para se pensar em participação social, é preciso levar em consideração a multidisciplinaridade de vozes presentes no local, contrapondo-se às concepções hegemônicas, que concebem a comunicação como moldagem de atitudes e comportamentos, que se efetivaria por meio de informação suficiente e adequada, traduzidos em modelos bipolares, lineares, unidirecionais e verticais, que não contemplam a complexidade da prática comunicativa e social.

A estratégia de comunicação a ser proposta tem como referencial um modelo de comunicação produtivo proposto por Araújo (2004), cuja hipótese central é de que os discursos – sentidos sociais – são bens simbólicos que são produzidos, circulam e são consumidos na forma de um mercado, operado por interlocutores. “As pessoas e comunidades discursivas que participam desse mercado negociam sua mercadoria – seu próprio modo de perceber, classificar e intervir sobre o mundo e a sociedade – em busca de poder simbólico, o poder de constituir a realidade” (Araújo, 2004).

4.3 Comunicação e saúde e os princípios do SUS

A comunicação no campo da saúde deve ser exercida de forma diferente se comparada às grandes corporações. Seu objetivo não é obter lucro, não é promover bens ou produtos, ou apenas ser um instrumento de divulgação. No campo da saúde, a comunicação deve ser dirigida aos cidadãos, incorporar as noções de direito e a participação da sociedade na sua construção. Araújo e Cardoso (2007) propõem uma reflexão sobre a comunicação de acordo com os princípios do SUS da universalidade, equidade e integralidade e com suas diretrizes – descentralização, hierarquização e participação social.

A universalidade garantiria a comunicação como um direito de todos, levando em consideração os múltiplos discursos, idéias e propostas presentes no espaço. (Araújo; Cardoso, 2007)

Tendo como premissa a existência de uma sociedade desigual, o princípio da equidade evidencia às diferenças e a necessidade de tratar de forma diferenciada os desiguais. Neste princípio, as políticas públicas devem ser formuladas para obterem a redução ou a eliminação das diferenças, que advém de fatores considerados evitáveis e injustos. Na equidade, deve-se considerar os contextos, que estão em constante transformação. “Estes pré-construídos trazem para a cena relações de poder, condições de vida, expectativas (...), saberes e redes de pertencimento que, associados aos contextos situacionais, definem as possibilidades de circulação, compreensão, e apropriação, básicas para qualquer estratégia comunicativa”. (Araújo; Cardoso, 2007, p. 65).

A integralidade na perspectiva da comunicação significaria trabalhar o processo comunicativo em todas as fases do processo produtivo da saúde. Estabelecer mecanismos para práticas de escuta e de fala e de reconhecimento do outro em todas as oportunidades de encontros entre os cidadãos e as instituições e seus profissionais, entendendo os serviços como espaços de conversa e de troca e compartilhamento de saberes (Araújo; Cardoso, 2007).

A descentralização está associada ao pressuposto da desconcentração do poder. As práticas atuais se dão na direção oposta, tendo como conseqüências principais a aplicação de recursos em prioridades definidas pelo nível central das instituições, que na maioria das vezes fortalece as práticas prescritivas. A apropriação é extremamente prejudicada na medida em que os contextos são desprezados. A descentralização das práticas comunicativas ganham

concretude quando favorecem o surgimento de canais locais de expressão e circulação de mensagens e também de criação de canais de escuta; reparte os recursos de forma equitativa; contempla os diversos atores e contextos e favorece a participação pública (Araújo; Cardoso, 2007, p. 78).

A hierarquização precisa ser pensada na perspectiva de se redefinir os papéis dos diferentes órgãos responsáveis pelo fazer acontecer a saúde. A redistribuição de competências para produzir e circular conhecimento e informação e recursos está associada a construção social de competências em outras esferas, que não as legitimadas atualmente. A legitimação de novas instâncias se constrói socialmente (Araújo; Cardoso, 2007, p. 81).

A participação se constrói em todas as instâncias na medida em que se assume uma nova concepção para as práticas institucionais fundadas em processos dialógicos de construção social das demandas e das respostas à elas. A comunicação universal, equitativa, integral, descentralizada e hierarquizada é condição central para a participação cidadã autônoma e informada.

Essas formas de participação, segundo Peruzzo, compreendem o exercício da decisão partilhada e “requerem a existência de canais desobstruídos, informações abundantes, autonomia, co-responsabilidades e representatividade (Peruzzo, 1998, p. 87).

4.4 A comunicação nas Conferências Nacionais de Saúde

As Conferências Nacionais de Saúde (CNS) foram instituídas por lei de 1937, com o objetivo de fornecer orientações sobre a política de saúde. A obrigatoriedade da realização das Conferências de Saúde foi mantida, em 1990, quando a Lei n.º 8.142³ as consagrou como instâncias colegiadas de representantes dos vários segmentos sociais, com a missão de avaliar e propor diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis municipais, estaduais e nacional.

³ “A Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências” (Brasil, 1990).

As Conferências Nacionais de Saúde tinham, até a realização de sua 8ª edição, o papel de promover a troca de informações entre a área da saúde e o governo federal, a fim de facilitar o controle e o fluxo de recursos da União para a área. A partir dela, as CNS assumem um caráter propositivo, sendo espaços destinados a analisar os avanços e retrocessos do SUS.

As CNS, principalmente a partir da nona, passaram a abordar a comunicação, informação e educação para o avanço da participação social na saúde e democratização do SUS. Porém, a emergência pública do discurso sobre “direito à informação, educação e comunicação como inerentes ao direito à saúde” (Araújo; Cardoso, 2007, p. 26) surgiu durante a 8ª CNS (1986), considerada o grande marco na história das Conferências no Brasil.

A 10ª CNS (1996) fixou prazos para elaboração de uma política nacional de informação, educação e comunicação em saúde; enquanto a seguinte (11ª CNS), realizada no ano 2000, defendeu o uso de diferentes meios comunicativos como fator de democratização.

A 12ª CNS (2003) teve a comunicação e a informação em saúde como um dos seus eixos temáticos, e garantiu o acesso da população às informações de saúde, sobre o SUS, seus princípios e espaços de participação. A 13ª Conferência Nacional, em 2007, no eixo sobre comunicação, assegurou que os gestores devem dar condições para criar e manter meios e instrumentos de comunicação que garantam à sociedade o acesso às informações sobre indicadores sociais de saúde, temas, questões, resoluções e outras atividades.

4.5 A importância do contexto no modelo de comunicação proposto

Para o espanhol Jesús Martín-Barbero (2004), toda palavra tem – ou pode ter – “consequências sociais”. Quando falamos, os indivíduos não se contentam em simplesmente transmitir informações, mas se empenham em persuadir, fazer valer suas verdades e se posicionam através dos seus discursos. Os discursos, por sua vez, são bens simbólicos que são produzidos, circulam e são consumidos. Neste espaço essencialmente polifônico e heterogêneo, os sentidos circulantes são negociados numa disputa contínua pelo poder (Araújo, 2006). Valendo-se dos seus estudos sobre comunicação e relações de poder na América Latina, Martín-Barbero destaca que:

“O discurso é poder, lugar de uma luta específica pelo poder. E essa luta faz parte de suas condições de produção e de circulação. De maneira que estudar as regras do engendrar do discursivo é estudar regras e relações de poder. Isto é, não se trata só de que o poder utilize

o discurso com arma, como sofisma, como chantagem, mas de que o discurso faz parte constitutiva dessa trama de violência, de controle e de luta que constitui a prática do poder. Isso em qualquer nível, desde o domínio família e o da escola até o nível do poder do Estado. A melhor prova disso é que o poder tem reclamado sempre o controle da linguagem e dos discursos (...). O discurso aparece como um espaço social em que se fundamenta toma uma série de hierarquizações na organização da autoridade. Não é qualquer um que tem o direito a falar...” (Martín-Barbero, 2004, p. 71).

A circulação dos sentidos é operada por interlocutores. Cada interlocutor ocupa um lugar no momento da comunicação. Esse ‘lugar de interlocução’⁴ “é um conceito definidor dos sentidos sociais, na medida em que é a partir dele que se instauram as relações de poder” (Araújo, 2006. p. 54). Os contextos – enquadramento individual, cultura e experiências vividas – determinam os ‘lugares de interlocução’.

A noção de contexto afeta diretamente o acesso das pessoas às informações e a possibilidade de apropriação dos inúmeros produtos comunicacionais das instituições de saúde, pois elas passam a ser co-produtoras de sentidos, diferentemente do que é observado nos modelos lineares e verticais de comunicação.

Dentro do processo social de formação de sentido se insere a definição de mercado simbólico, que representa um “modelo de comunicação produtivo, cuja hipótese central é de que os discursos são bem simbólicos que são produzidos, circulam e são consumidos” (Araújo, 2004). Para a autora, ele funciona da seguinte forma:

“A comunicação opera ao modo de um mercado, onde os sentidos sociais bens simbólicos são produzidos, circulam e são consumidos. As pessoas e comunidades discursivas que participam desse mercado negociam sua mercadoria seu próprio modo de perceber, classificar e intervir sobre o mundo e a sociedade em busca de poder simbólico, o poder de constituir a realidade” (Araújo, 2004).

As dimensões e condições de produção dos sentidos sociais são entendidas como contextos, no campo da comunicação. Estes, por sua essência, marcam fronteiras que trazem a campo vozes que podem discordar entre si ou até mesmo serem coerentes. A compreensão de que os contextos estão em contínua transformação é fundamental para entender o consumo, a produção e circulação dos sentidos.

⁴ “Lugar de interlocução”: conceito desenvolvido por Araújo (2006) para suprir algumas carências das teorias de comunicação quando aplicadas ao campo das políticas públicas.

Uma unidade básica de saúde, como o CSEGSF, compreende diversas significações – contextos –, sejam elas de saúde, de doença, populacionais, territoriais, culturais, econômicas, sócio-demográficas e etc. que interferem nos processos de comunicação. Essas significações envolvem as situações externas e internas em que a comunicação está ocorrendo, e devem ser consideradas em suas diversas dimensões.

O acesso à informação e a apropriação dos produtos comunicacionais das instituições estão diretamente relacionados ao contexto no qual estão inseridas. Estes mesmos contextos, por sua vez, podem trazer consigo uma pluralidade de vozes e estão envolvidos numa situação de interlocução (Rozemberg, 2006) – que instaura relações de poder – e produzem os sentidos em uma prática comunicativa. Nessa relação de poder, “o discurso não é simplesmente aquilo que traduz as lutas ou sistemas de dominação, mas aquilo pelo que e por meio do qual se luta, aquele poder do qual a gente quer se apoderar” (Foucault, 1970 apud Matín-Barbero, 2004, p. 45).

O que se nota nas instituições de saúde e nas ações dos profissionais são práticas autoritárias e centralizadas. O que se pretende a partir da concepção da importância do território, é conceber uma comunicação participativa, que ‘empodere’ o indivíduo levando em consideração seus sentidos sociais, o lugar que ele ocupa no seu contexto territorial, seja um instrumento de redistribuição do poder e, como resultado disso, se transforme em um parâmetro para equidade.

5. CONTEXTO EMPÍRICO:

5.1 O Centro de Saúde Escola

O CSEGSF é uma unidade básica de saúde, cuja missão institucional é promover a saúde e cuidar da população do território de Manguinhos – na integralidade da atenção, e desenvolver ensino, pesquisa e tecnologia em saúde pública. Criado em 1967, o Centro de Saúde Escola – representado na foto abaixo – é um departamento da Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz (ENSP/Fiocruz).



Vista aérea da entrada do Centro de Saúde (Virgínia Damas – CCI/ENSP)

A ENSP é uma instituição pública federal, e seu principal objetivo é contribuir para a melhoria das condições de vida e saúde da população brasileira, através da formação de recursos humanos, produção de conhecimento técnico-científico, prestação de serviços, cooperação técnica e assessoria especializada no campo da saúde coletiva. A ENSP é a única escola de âmbito federal no Brasil e uma das unidades técnico-científicas da Fiocruz.

As ações do CSEGSF vêm se modificando ao longo de sua trajetória em conformidade com as políticas públicas, tanto na esfera federal, quanto no âmbito municipal, a partir das políticas de descentralização.

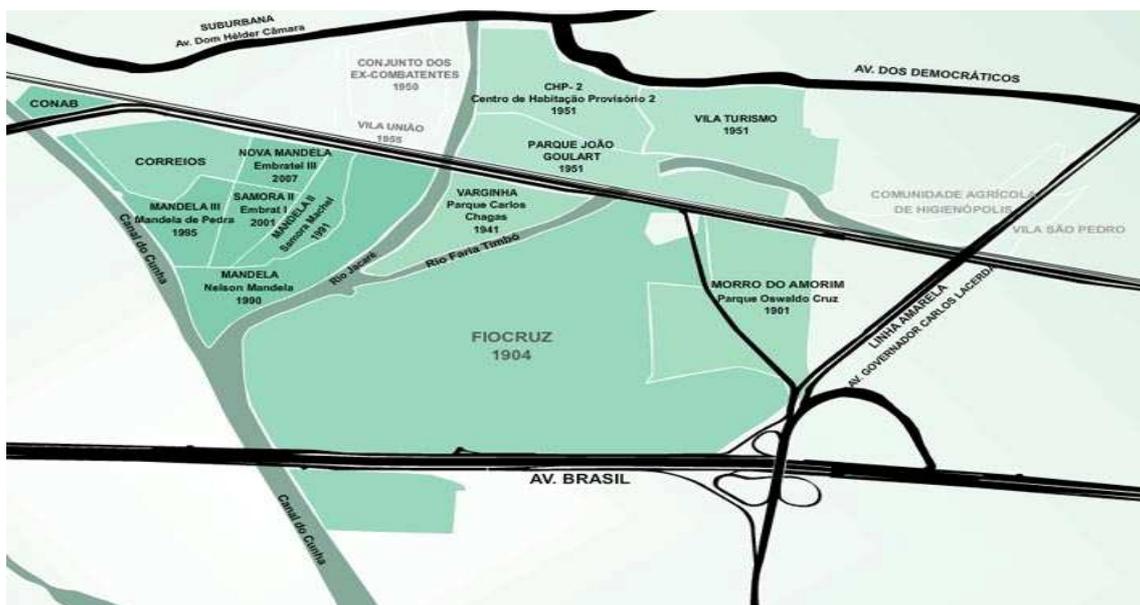
O CSEGSF é a ‘porta de entrada’ para o SUS em Manguinhos e se organiza para o cuidado integral tendo como principais áreas de atividades: atendimento ambulatorial, que envolve consultas médicas nas áreas de pediatria, clínica médica, ginecologia e obstetrícia, psiquiatria, dermatologia, geriatria e homeopatia; consultas de enfermagem, nutrição, fonoaudiologia, psicologia, odontologia; atendimento do serviço social, bem como serviços de apoio nas áreas de diagnóstico e terapêutico: laboratório de patologia clínica, observação clínica, tratamento de lesões, imunização, núcleos de apoio nutricional, apoio ao portador e HIV/AIDS, redução de danos, Programa de Assistência a Saúde do Idoso, Terapia e combate ao tabagismo. Além disto, há outras iniciativas como atendimento de acupuntura, o Programa de Assistência a Saúde do Idoso, atenção aos dependentes químicos e terapia comunitária, Centro Colaborador em Alimentação e Nutrição da região Sudeste (CECAN). Essas ações contribuem para o fortalecimento da atenção primária local e a gestão municipal do SUS.

O modelo de atenção à saúde no CSEGSF sempre esteve envolvido nos padrões estabelecidos pelo MS, estando em conformidade ao amadurecimento das ações programáticas de saúde que privilegiam um olhar integral e equânime sobre as fases do ciclo de vida. Esta visão influenciou, até certo modo, a distribuição da oferta de serviço e a compreensão das demandas por saúde da população de Manguinhos. No ano de 2008 foram realizadas, de acordo com o Serviço de Documentação e Informação em Saúde (SDIS), 77.629 consultas ambulatoriais e 78.256 visitas domiciliares.

Dados do mesmo serviço registraram, nos meses de junho, julho e agosto de 2009, cerca de 4000 atendimentos/consultas por mês. Nos mesmos meses, com relação a abertura de novos prontuários - que compreende recém nascidos e novos pacientes -, o sistema anotou em junho, 253 prontuários; 300 em julho; e em agosto 243, o que dá uma média de 265 novos pacientes por mês.

5.2 Manguinhos

A população atendida no Centro de Saúde mora no bairro de Manguinhos, localizado na zona norte da cidade do Rio de Janeiro, e que se destaca por sediar a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). O bairro é assim conhecido por se tratar de uma região originalmente constituída por manguezais. O mapa abaixo mostra como se distribuem as comunidades dentro do complexo.



Mapa de Manguinhos (Laboratório Territorial de Manguinhos)

Em 2000, o bairro de Manguinhos/RJ, constituído por uma população de aproximadamente 56.000 habitantes, situava-se entre os cinco piores Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) comparado aos demais bairros da cidade (0,726). A situação também é desfavorável na análise dos componentes IDH educação (0,842), renda (0,648) e longevidade (0,688), confirmando a afirmação do IPP de que os territórios onde habitam as classes populares tendem a ser mais vulneráveis social e economicamente refletindo em maiores riscos e problemas de saúde pública (Instituto Pereira Passos, 2009).

Perfil sócio-demográfico de Manguinhos

Segundo dados do IBGE, de 1991 a 2000, houve uma diminuição da população jovem de Manguinhos. A estrutura demográfica da região aponta para uma população mais envelhecida. A situação demográfica, de acordo com o IBGE, demonstra a importância de lidar com a existência de doenças ligadas ao envelhecimento e ao mundo desenvolvido – como às doenças crônicas não transmissíveis – assim como com os males do subdesenvolvimento, dos agravos infecciosos e sociais vinculados às iniquidades em saúde.

Natalidade e Fecundidade

Segundo o documento do Programa de Trabalho do Projeto Território Integrado de Atenção à Saúde (TEIAS) da ENSP⁵, a taxa de fecundidade de Manguinhos declinou 9,5% entre 2000 e 2006, e passou de 2,1 para 1,9 filhos por mulher. Se comparados a taxa de fecundidade do município do Rio de Janeiro, que decresceu 19% nos mesmo período, indica uma diferença de 1,98 para 1,60 filhos por mulher. Embora tenha diminuído a taxa de nascimentos em Manguinhos, existe um grande contingente mulheres em idade fértil e de nascimentos, particularmente gravidez adolescente, que apontam para a importância de realizar ações para promover e cuidar da saúde da mulher, desde o planejamento familiar à concepção, parto e puerpério (TEIAS, no prelo). A taxa de fecundidade permite avaliação da dinâmica demográfica de uma população, e subsidia o planejamento e a gestão de políticas públicas nas áreas de saúde, educação, trabalho e previdência social permitindo projeções demográficas que apontem o dimensionamento da oferta de serviços públicos.

⁵ Plano de Trabalho para gerenciamento e execução das atividades e serviços de saúde da Rede Assistencial Básica no âmbito das comunidades da área programática 3.1 do bairro de Manguinhos- Rio de Janeiro.

Mortalidade

A taxa bruta de mortalidade padronizada da população de Manguinhos no período de 2000 a 2005 demonstra uma redução dos níveis de mortalidade geral para a população residente; contudo, os homens permanecem com uma situação desfavorável, com maior mortalidade em relação às mulheres, nas taxas brutas e padronizadas, revelando as iniquidades de gênero, segundo o Sistema de Informações sobre Mortalidade.

Desde 2006, as doenças cardiovasculares são a principal causa de mortalidade entre a população de Manguinhos, acometendo homens e mulheres de forma relevante, sendo que entre os homens ocorreu um aumento relativo mais acentuado no período 2000-2006.

Os dados sociodemográficos de Manguinhos podem apontar importantes estratégias para o desenvolvimento desta pesquisa. Segundo Rozemberg (2006), a realização de estudos prévios sobre o contexto, inclui a definição clara dos públicos ou segmentos da população a quem se destinará a mensagem. Na opinião da autora, é importante definir o público alvo para levar em conta os interesses, as vivências, as racionalidades e expectativas do grupo com o qual se trabalha. Ela utilizou alguns exemplos para comprovar sua afirmativa:

“Se trabalharmos com grupos com baixa escolaridade, temos de levar em conta que formas de acesso à informação estarão utilizando. Geralmente, esses grupos saem diretamente da cultura oral para as gramáticas da televisão e outras mídias, não tendo facilidade com textos escritos e podem até mesmo não saber ler ou escrever o suficiente para acompanhar uma mensagem impressa. É comum que os profissionais na área de saúde tenham uma tendência a produzir folhetos e materiais escritos para esses grupos, com pouco uso de imagens, o que os torna difíceis ou inacessíveis a esses usuários” (Rozemberg, 2006, p. 751).

5.3 O CSEGSF e sua inserção no território de Manguinhos

O Laboratório Territorial de Manguinhos⁶ (LTM) define como território o lugar onde se constrói uma história, “a partir das ações individuais e coletivas, das relações sociais e dos encontros e acontecimentos solidários. Suas fronteiras são construídas historicamente e podem ser vistas por diferentes escalas: comunidades, bairros, municípios, estados, países e

⁶ O LTM é um projeto de pesquisa-ação da ENSP. Para maiores informações, acesse o site www.conhecendomanguinhos.fiocruz.br

continentes” (LTM, 2009); e este projeto pretende explorar as potencialidades de Manguinhos.

Como já dito anteriormente, este território possui condições de vida e configurações sociais de ocupação das áreas geográficas marcadas por expressivas diferenças e contrastes socioeconômicos, que configuram Manguinhos como uma das grandes áreas faveladas do Rio de Janeiro. “Desemprego, trabalho informal, baixos indicadores de educação e saúde, analfabetismo, desnutrição, alto índice de gravidez entre adolescentes, péssimas condições de habitação, saneamento e ambiente, ausência de oportunidades culturais e de lazer” (Bodstein; Zancan, 2002, p. 43) são alguns exemplos da situação de vulnerabilidade na qual se encontra Manguinhos.

De acordo com Araújo (2002), o Estado brasileiro exerce seu papel de interventor nos setores mais defasados ou desamparados, como a saúde, a educação e o meio ambiente, por exemplo. Então, são nessas instâncias em que mais se fala de intervenção social, com o objetivo de interferir numa determinada realidade social e provocar mudanças. É aí, segundo ela, que se “configura um espaço importante para a comunicação, seja como lugar de ação ou como objeto de estudo e formulação teórica e metodológica” (Araújo, 2002, p. 214).

Por sua estreita relação com os moradores e por ser a única unidade de atenção básica de saúde em Manguinhos, o CSEGSF tem papel fundamental na compreensão das várias significações presentes no território, sejam elas de saúde, populacionais, territoriais, culturais, econômicas, sociodemográficas e etc. que interferem nos processos de comunicação. É por meio desta relação de integração que a pesquisa em questão propõe um trabalho de “produção-circulação-apropriação” de conhecimento e informação sobre a importância da participação popular na construção de um processo comunicativo e a plena noção da saúde como um direito do cidadão.

6. METODOLOGIA

Os seguintes processos metodológicos serão seguidos: a definição amostral dos grupos que se pretende observar; a observação participante; grupo focal – para se obter informações relativas a um tema específico; e a análise dos dados obtidos.

Etapas

- **Definição amostral:**

Os princípios de definição amostral se baseiam na busca de “aprofundamento e de compreensão de um grupo social, de uma organização, de uma instituição ou de uma representação” (Minayo, 2004, p. 102). A partir desses princípios, o foco se volta para questões a cerca de quais serão os grupos a quem e o que observar, a quem e o que discutir. Operacionalmente, Minayo (2004) sugere que sejam levados em conta alguns critérios para amostragem, e a definição do grupo social a ser abordado é um deles:

“Em decorrência desses critérios, a amostragem assume as seguintes características: prioriza os sujeitos que possuem os atributos que se deseja conhecer; considera que o tamanho da amostra é suficiente a partir da reincidência das informações, mas não despreza informações singulares; trabalha com a noção de que os informantes sejam suficientemente diversificados a ponto de possibilitarem a apreensão de semelhanças e diferenças; busca que a escolha do campo e dos grupos a serem observados contenha o conjunto das experiências que se pretende captar” (Minayo; Souza; Constantino; Santos, 2005, p. 95).

- **Levantamento e atualização bibliográfica:**

Estudo sobre o estado da arte de experiências e modelos alternativos de comunicação e aprofundamento teórico-metodológico incluindo a revisão da bibliografia do curso.

- **Levantamento documental das ações de comunicação desenvolvidas no CESGSF:**

Essa pesquisa será realizada a partir de documentos que relatem as estratégias de comunicação existentes no CESGSF.

- **Levantamento de dados por meio da observação participante:**

A observação participante está prevista, no primeiro momento, para verificar como os usuários do Centro de Saúde reagem diante das estratégias de comunicação existentes no local. A primeira etapa desta fase consiste apenas na observação na sala de convívio onde pacientes aguardam pelo atendimento – Sala de Espera.

- **A realização de grupos focais:**

A técnica de grupo focal, segundo Minayo (2005), é largamente utilizada em avaliação, seja de forma combinada com entrevistas, seja com exclusividade. Constitui-se em

um tipo de entrevista ou conversa em grupos pequenos, homogêneos, que atuam de forma planejada para se obter informações relativas a um tema específico.

“Deve-se desenvolver mediante um guia de perguntas que vão do geral ao específico, em ambiente não-diretivo, sob a coordenação de um moderador capaz de conseguir a participação e o ponto coletivo e individual. O valor principal dessa técnica se fundamenta na tendência humana de formar opinião e atitudes na interação com os indivíduos (Krueger, 1988). Esta técnica contrasta com questionários fechados e entrevistas, em que cada um é chamado a emitir opiniões individualmente”. (Minayo; Souza; Constantino; Santos, 2005, p. 92)

De antemão podemos prever dois grandes grupos focais: 1) os usuários e, 2) os profissionais do CSE, dentro dos quais será definidos os sub-grupos relacionadas às temáticas ou problemas de saúde específicos.

A partir das análises feitas nesse primeiro momento, o objetivo é escutar dos próprios usuários as questões colocadas para observação. A partir dessas colocações, as reuniões de grupo focal terão como objetivo saber dos usuários: qual é a importância de uma estratégia de comunicação para ao CSEGSF? Qual seria o formato mais adequado? Qual seria o veículo mais adequado? Quais informações de saúde eles consideram mais importantes para essa estratégia? Em qual local eles pretendem ler o material?

A realização de grupos focais com os profissionais de saúde prevê a discussão sobre os mecanismos de circulação desenvolvidos. Também é necessário debater se os próprios profissionais notam as atividades de comunicação e as potenciais formas de apropriação.

• **Produção do mapa da comunicação:**

O mapa tem como objetivo auxiliar a compreensão da prática comunicativa sobre um dado tema, num dado território. Para Araújo (2005) o mapeamento da comunicação tem autonomia como instrumento de planejamento ou de avaliação. No entanto, ele também integra um método mais amplo de planejamento, estruturado em nove passos: (1) identificar e formular o problema de comunicação; (2) definir os objetivos; (3) definir os participantes e seu contexto; (4) identificar a rede de produção dos sentidos; (5) escolher e delimitar o conteúdo; (6) definir os recursos; (7) escolher as estratégias; (8) definir o processo de avaliação; (9) definir as responsabilidades institucionais.

• **Análise e proposição de estratégias alternativas:**

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Araújo IS, Cartografia da comunicação em saúde. In: III Congresso Brasileiro de Ciências Sociais em Saúde - Desafios da fragilidade da vida, 2005, Florianópolis. III CBCS - Anais, 2005.
- Araujo IS. Ligações estratégicas: comunicação, políticas públicas, intervenção social. In: Motta LG, organizador. In: Estratégias e culturas da Comunicação: Brasília: UNB, 2002.
- Araújo IS. Materiais educativos e produção dos sentidos na intervenção social. In: Monteiro, S, Vargas, E, organizadores. Educação, Comunicação e Tecnologia Educacional: interfaces com o campo da saúde: Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 49-70.
- Araújo IS. Mercado Simbólico: um modelo de comunicação para políticas públicas [periódico na Internet]. Scielo 2004 [acesso em 25 out 2009]; 8 (14). Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832004000100010&script=sci_arttext&tlng=pt
- Araújo IS, Cardoso, JM. Comunicação e Saúde: Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- Baptista TWF. História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: Matta GC, Pontes ALM, organizadores. Políticas de Saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde: Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007, 29-60.
- Bodstein R, Zancan L. Avaliação das ações de promoção da saúde em contexto de pobreza e vulnerabilidade social. In: Bodstein R, Marcondes WB, Zancan L, organizadores. Promoção da Saúde como Caminho para o Desenvolvimento Local: a Experiência em Manguinhos, Rio de Janeiro: Abrasco, 2002, p. 39-59.
- Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
- Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida [periódico na internet]. Scielo 2000 [acesso em 25 out 2009]; 5(1). Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1413-81232000000100014&script=sci_arttext
- Damas V. Vista aérea da entrada do Centro de Saúde (fotografia). Rio de Janeiro: Portal ENSP, 2007.
- Escola Nacional de Saúde Pública [homepage na internet].Departamentos [acesso em 16 out 2009]. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/>
- Freire P. Extensão ou comunicação? 4. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.
- Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde (Fiotec). Programa de Trabalho Território Integrado de Atenção à Saúde (TEIAS)-Escola Manguinhos. Rio de Janeiro: Fiotec; no prelo, 2009.
- Gonçalves F. Saúde e Relações Públicas. Rio de Janeiro. Monografia (graduação em Comunicação Social) – Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ/FCS), 1991.
- Laboratório Territorial de Manguinhos. Mapa de Manguinhos (Ilustração). Rio de Janeiro: Laboratório Territorial de Manguinhos; 2009. Disponível em <http://www.conhecendomanguinhos.fiocruz.br>. Acesso em novembro, 2009.

Minayo MC de S, Souza ER de, Constantino P, Santos NC dos. Métodos, Técnicas e Relações em Triangulação. In: Minayo MC de S, Assis SG de, Souza ER de, organizadores. Avaliação por Triangulação de Métodos: abordagem de programas sociais, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, p. 71-101.

Ministério da Saúde [homepage na internet]. Conferências Nacionais de Saúde [acesso em 18 nov 2009]. Disponível em:

http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1041

Organização Mundial da Saúde. Carta de Otawwa. Canadá: WHO; 1986

Pereira FC. O que é empoderamento (Empowerment). Sapiência: informativo científico da Fapepi. 2006 Jun [acesso em 25 out 2009]; 3(8). Disponível em:

<http://www.fapepi.pi.gov.br/novafapepi/sapiencia8/artigos1.php>. 2006

Peruzzo CMK. Comunicação nos movimentos populares: a participação na construção da cidadania. 2.ed. Vozes, Rio de Janeiro, 1999.

Peruzzo CMK. Comunicação nos Movimentos Populares. A participação na construção da cidadania. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1998.

Porto MF, Pivetta F. Promoção da Saúde em Territórios Urbanos Vulneráveis. No prelo 2009.

Rozemberg B. Comunicação e Participação em Saúde. In: Gastão W de SC, Minayo MC de S, Akerman M, Júnior MD, Carvalho YM de, organizadores. Tratado de Saúde Coletiva: São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 741-66.

Silva JO e Bordin R (org.) 2003. Máquinas de sentido: processos comunicacionais em saúde. Dacasa, Porto Alegre.