

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA
PARA A SAÚDE**

ANDRÉA GOMES DE OLIVEIRA AGUIAR

**MAPEAMENTO DOS SENTIDOS SOBRE VOZ E AÇÕES DE SAÚDE VOCAL EM
OPERADORES DE *TELEMARKETING* E *TELESSERVIÇOS***

RIO DE JANEIRO

2011

ANDRÉA GOMES DE OLIVEIRA AGUIAR

**MAPEAMENTO DOS SENTIDOS SOBRE VOZ E AÇÕES DE SAÚDE VOCAL EM
OPERADORES DE *TELEMARKETING* E TELESSERVIÇOS**

Projeto de pesquisa apresentado ao Curso de Especialização em Comunicação e Saúde, do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica para a Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Comunicação e Saúde.

Orientadora: Profa. Me. Janine Miranda Cardoso

Co-orientadora: Profa. Dra. Kátia Lerner

RIO DE JANEIRO

2011

À minha querida Nicole
e ao meu amado Michael,
que me proporcionam tudo
(e mais um pouco) na minha
vida de pesquisadora.

DEDICATÓRIA

A Deus. Com Ele tive o entusiasmo necessário para participar desse curso de especialização maravilhoso.

Aos meus pais Teresinha e Nicacio, que acompanham com carinho minha formação acadêmica.

À minha irmã Adriana, meu sobrinho Tiago e meu cunhado Luciano, que sempre me apóiam e incentivam minhas boas iniciativas e à Rosa, que cuidou com muito carinho da minha pequena Nicole durante o curso.

À minha orientadora, Profa. Janine Miranda, que me ajudou, corrigiu, apoiou. Enfim, esteve bem próximo a mim para que este trabalho fosse elaborado.

À minha co-orientadora Katia Lerner, que assumiu a missão de me orientar na reta final do presente trabalho.

Aos professores do curso, que trouxeram a riqueza do campo Comunicação e Saúde para mim e para muitos outros que já estudaram no ICICT.

Ao Prof. Dr. Odir Clécio e Profa. Dra. Mônica Britto, que permitiram minha ausência no trabalhos da Fiocruz e da Universidade Veiga de Almeida, para que eu participasse do curso de especialização.

Aos meus colegas de turma: vocês sempre serão muito especiais para mim. Partilhamos momentos de alegria, tensão, emoção únicos.

À equipe da secretaria acadêmica do ICICT, em especial à Tônia. Da seleção à conclusão do curso, sempre atenciosa e prestativa.

Reconhecer as limitações do próprio saber significa admitir e validar outro saber – o saber comum, não especializado – na identificação mais ampla dos problemas de saúde e na compreensão dos contextos da vida e dos recursos mobilizados pela população diante das carências, do sofrimento e da enfermidade.

Stotz e Araújo, 2004

RESUMO

OLIVEIRA, AGA. Mapeamento dos sentidos sobre Voz e ações de saúde vocal em operadores de *telemarketing* e telesserviços

O objetivo deste projeto de pesquisa é mapear os sentidos de operadores de *telemarketing* e telesserviços sobre voz e ações de saúde vocal em Campanhas de voz no Brasil. O que pensam, o que esperam e como avaliam algumas ações realizadas. Estes são os atores principais de um processo de trabalho específico. A valorização e escuta de suas “vozes” são essenciais para o aprimoramento, modificações e até reformulações das estratégias de comunicação e saúde das ações realizadas. A proposta do projeto está inserida no campo da Comunicação e Saúde e requer a compreensão da noção de comunicação utilizada, bem como dos paradigmas existentes nas práticas de Saúde Vocal atuais. Para isto são apresentados dois itens, que contêm um breve histórico das práticas preventivas no campo da saúde pública brasileira e a apresentação do objeto empírico: “Voz, processos de trabalho e saúde vocal de operadores de *telemarketing* e telesserviços”. O método utilizado será a técnica de grupos focais (GFs). Após a leitura, preenchimento e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), serão realizados dois GFs: o primeiro com a participação de dez operadores de uma empresa privada e o segundo com dez operadores de uma empresa terceirizada de serviços, ambas localizados no município do Rio de Janeiro.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CNS	- Conferência Nacional de Saúde
Fiocruz	- Fundação Oswaldo Cruz
GFs	- Grupos focais
ICICT	- Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica para a Saúde
OMS	- Organização Mundial de Saúde
SAC	- Serviço de Atendimento ao Cliente
PS	- Promoção da Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	9
1.1	Um breve histórico das práticas preventivas no campo da saúde pública brasileira 11	
1.2	Apresentação do objeto empírico.....	26
1.2.1	Voz, processos de trabalho e saúde vocal de operadores de telemarketing e telesserviços.....	26
2	MARCO TEÓRICO.....	27
2.1	A noção de comunicação como produção social de sentidos.....	27
2.2	Promoção da saúde: de que promoção estamos falando?.....	29
3	METODOLOGIA.....	32
3.1	A técnica de GFs.....	32
3.2	Seleção dos participantes para os GFs.....	34
3.3	Mapeamento dos sentidos sobre voz e saúde vocal com operadores de telemarketing e telesserviços.....	35
3.3.1	Equipe.....	35
3.3.2	Tópicos sobre voz e saúde vocal: estudo piloto.....	36
3.3.3	Infra-estrutura.....	36
3.3.4	Análise dos dados obtidos.....	37
3.3.5	Ações de Promoção da Saúde posteriores.....	37
3.3.6	Limitação do estudo.....	37
3.4	Cronograma.....	38
	REFERÊNCIAS.....	40
	ANEXOS.....	44

1 INTRODUÇÃO

Em 1999, diante da alta incidência do câncer de laringe (15 mil mortes/ano), médicos otorrinolaringologistas da Sociedade Brasileira de Laringologia e Voz (SBLV) lançaram a “Campanha Nacional da Voz”, um programa para avaliação, orientação e informação sobre voz, instrumento de trabalho de 70% dos brasileiros (SBLV, 2010).

Em 2003, a SBLV passou a ser a Associação Brasileira de Laringologia e Voz (ABLV). Neste ano, em parceria com diversas entidades internacionais promulgou o “Dia Mundial da Voz” comemorado em todo o mundo no dia 16 de abril.

A Saúde Vocal é um dos temas da Fonoaudiologia brasileira que tem sido tratado com maior ênfase (Penteado RZ, Gianinni SPP, Costa BCG, 2002). Desde o ano de 1999 está envolvida em grandes campanhas anuais nacionais, a começar pela primeira Semana Nacional da Voz, realizada de 12 a 16 de abril de 1999 (BICUDO-PEREIRA IMT; PENTEADO RZ & MARCELO VC, 2000).

Atualmente o Departamento de Voz da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia (SBFa) incentiva a realização de ações e premia anualmente as três melhores Campanhas de Voz promovidas em comemoração ao Dia Mundial da Voz. O lema da campanha é **“Seja amigo da sua voz!”** (Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, 2010).

As ações nas Campanhas de Voz na Otorrinolaringologia e na Fonoaudiologia têm suas raízes na atuação prescritiva, no que se refere à Saúde Vocal. O problema não está configurado na especialização do saber, uma vez que um profissional especializado pode ter um olhar integral sobre o cliente, ou “usuário” que o procura. A valorização dos diferentes sentidos sobre as ações de saúde vocal é rara. O que pensam e o que esperam aqueles que procuram as propostas divulgadas, quer seja por meio de palestras, consultas ou receber material informativo? Há uma certa “desconsideração” do que pensam, acreditam e valorizam aqueles para os quais os trabalhos são dirigidos. A premiação da melhor campanha é uma forma de avaliação das ações, entretanto, nos itens avaliados não há um espaço dedicado à valorização dos saberes populares.

No Brasil, os operadores de *telemarketing* compõem uma parcela da população que participa anualmente de ações de saúde vocal, em comemoração à semana nacional da voz. Estas são realizadas para essa parcela da população, em geral, nas empresas que os mesmos trabalham. Além da inclusão na semana referida, as ações podem fazer parte de programas de treinamento e acompanhamento fonoaudiológico, realizados por empresas de consultoria em Fonoaudiologia. Entretanto, na maioria das empresas de *telemarketing* e telesserviços brasileiras não há programas de saúde vocal para os operadores, cujas condições ergonômicas, ambientais e de organização do trabalho são inadequadas à saúde, no seu sentido mais amplo.

O **tema** definido para o presente projeto são os sentidos sobre voz e ações de saúde vocal em campanhas de voz. A partir deste será realizado um mapeamento dos sentidos relacionados a voz e ações de saúde vocal em campanhas de voz de um grupo de operadores de *telemarketing* e telesserviços brasileiros.

O **objetivo geral** do presente projeto é mapear os sentidos de operadores de *telemarketing* e telesserviços sobre voz e ações de saúde vocal em Campanhas de voz no Brasil. O que pensam, o que esperam, como avaliam algumas ações realizadas. O projeto tem como **justificativa** a valorização dos sentidos dos operadores, atores principais de um processo de trabalho específico e a contribuição para o aprimoramento, modificações e até reformulações das estratégias de comunicação e saúde das ações voltadas para a saúde de profissionais da voz.

A proposta do projeto está inserida no campo da Comunicação e Saúde e requer a compreensão da noção de comunicação utilizada, bem como de alguns conceitos fundamentais que serão apresentados no presente trabalho.

Para contextualização da proposta do presente trabalho e compreensão dos paradigmas existentes nas práticas de Saúde Vocal atuais, são apresentados a seguir breves considerações sobre os temas relacionados em itens. São eles: 1.1 – Um breve histórico das práticas preventivas no campo da saúde pública brasileira; 1.2 – Apresentação do objeto empírico, 1.2.1 Voz, processos de trabalho e saúde vocal de operadores de *telemarketing* e telesserviços.

1.1 Um breve histórico das práticas preventivas no campo da saúde pública brasileira

O presente tópico consiste em uma apresentação resumida sobre as práticas preventivas na saúde pública brasileira, segundo a revisão realizada por Cardoso (2001). O objetivo deste é fazer uma retrospectiva das práticas preventivas no campo da saúde para melhor compreensão do objeto do presente trabalho, isto é, das práticas preventivas em saúde vocal.

O campanhismo foi uma das principais estratégias de intervenção no campo da saúde pública brasileira no século XX, sendo o modelo hegemônico no Brasil até a década de 1960. Corresponde a iniciativas de prevenção e controle de alguma doença ou fator de risco, como campanhas de combate à dengue, campanhas de prevenção ao câncer de colo de útero. Há também afirmativas de que se destinam à promoção de práticas saudáveis, como o aleitamento materno. Podem ser de caráter emergencial, durante uma epidemia, ou ter regularidade, como as campanhas semestrais de vacinação infantil.

Atualmente, as campanhas parecem ainda ser a principal forma de relação das autoridades sanitárias com a população, embora alguns segmentos desta tenham passado a participar de forma mais ativa da formulação e implementação de políticas e projetos no campo da saúde a partir de meados dos anos 80. A grande questão em relação à adoção de tais práticas não é apenas assinalar a existência das mesmas, mas a ausência de políticas públicas capazes de modificar os determinantes socioeconômicos dos problemas de saúde. Sobretudo para aqueles em que há conhecimentos e medidas suficientes para superação.

De 1902 a 1906, durante o governo Rodrigues Alves, a cidade do Rio de Janeiro sofreu uma ampla reforma urbana, cuja meta era “civilizá-la”. Reverter as condições de insalubridade era parte desse projeto. Nesse contexto, Oswaldo Cruz foi nomeado diretor geral de Saúde Pública (1903) e com ele tem início o campanhismo, modelo centralizado no governo federal, de caráter coercitivo e militarizado, que tinha nas campanhas sanitárias um dos seus principais instrumentos (LUZ, 1979; COSTA, 1986; OSHIRO, 1988 *apud* CARDOSO, 2001).

Nessa época, adquiriram especial relevo no campo da saúde pública termos como campanha, combate, vigilância, guerra, alvo, ainda tão presentes no cotidiano dos serviços, dos profissionais e da própria população. Termos compatíveis com a racionalidade médica moderna, centrada na doença e não na saúde, e que estabelecia uma relação de causalidade direta entre a doença e um agente invasor (LUZ, 1988 *apud* CARDOSO, 2001).

As medidas de higiene eram impostas e estabelecidos os padrões de comportamento saudável para a família (OSHIRO, 1988 *apud* CARDOSO, 2001). Apesar das reações da população, as campanhas se mantiveram, mas em 1908, os relatórios de saúde pública já destacavam a necessidade de uma “tenaz propaganda” para “vencer a resistência popular”. Essa propaganda, ainda não muito tenaz, começava a ser feita por meio dos Conselhos ao Povo, com informações sobre doenças e formas de prevenção. Os Conselhos, antecessores de nossos atuais manuais e cartilhas, eram publicados na imprensa e em folhetos distribuídos nas escolas, no comércio e nas fábricas (COSTA, 1986 *apud* CARDOSO, 2001). Durante esse período houve um amplo movimento de controle social, com o objetivo de suprimir qualquer prática em relação à saúde e à doença que se orientasse por parâmetros considerados “desviantes”.

Nos primeiros anos do século 20, a questão central do governo era enfrentar os surtos epidêmicos e as condições insalubres dos portos e núcleos urbanos. Nessa época não existiam serviços ambulatoriais permanentes, as estruturas eram criadas de acordo com os objetivos de cada campanha, visando, sobretudo, identificar, isolar e tratar focos, doentes e contaminados, preservando o ‘universo dos sãos’. O modelo e as práticas campanhistas foram duramente criticados pela primeira geração de sanitaristas, formada nos EUA e incansável defensora do modelo médico-sanitário lá implantado. Seu grupo mais aguerrido pregava a superação das ações tópicas e emergenciais, preconizando a instalação de uma rede de centros de saúde. As atividades desta, no entanto, deveriam ser de caráter preventivo e educativo, voltadas para a criação da consciência sanitária da população. Os sanitaristas acreditavam que o curso das doenças seria alterado pela internalização de valores e comportamentos saudáveis e preventivos, mediante a ação constante e profundamente articulada com a escola. Amparados na

epidemiologia experimental e nas técnicas de administração tayloristas, o modelo médico-sanitário deslocava o eixo central da saúde pública do ambiente para o indivíduo.

Com a Reforma Carlos Chagas prevaleceu uma perspectiva moralista e normatizadora. O objetivo das ações era moldar hábitos e atitudes frente à vida e à doença. O instrumento para que isso acontecesse era a criança. Deste modo, escolas e centros de saúde foram as principais instituições de educação em saúde. O caráter autoritário, criticado nas práticas campanhistas, permaneceu nesse período, sendo os dispositivos repressivos empregados sempre que os sanitaristas os julgassem necessários.

Em 1928, o Estado incentiva a criação, pela sociedade civil, de uma campanha de cooperação na extinção da febre amarela. Esta teria como meta a elaboração de materiais com linguagem adequada e a realização de ações em escolas, praças etc. Passa-se a trabalhar com mudanças de comportamento individuais e coletivos, com outras entidades (priorizando-se as definições governamentais) e surge um certo cuidado com a linguagem utilizada nos materiais.

Na década de 20 ganhou forma a dicotomia prevenção (pela educação e propaganda) *versus* intervenções focais e especializadas por tipo de agravo. Entretanto, tanto os defensores do campanhismo “clássico” como os do modelo médico-sanitário sustentaram a dissociação entre as doenças e seus determinantes sociais. Tal leitura criou um “lugar da ignorância”, evocado ainda hoje, que legitimou a educação e a propaganda para o desenvolvimento da ‘consciência sanitária’.

Com a Revolução de 30 houve uma reforma ministerial, com a transferência das atividades federais do Ministério da Justiça e Negócios Interiores para o recém-criado Ministério da Educação e Saúde Pública (Mesp). Houve um aumento do número de centros de saúde, com a criação de 12 unidades no Rio de Janeiro. Estes não eram fundamentalmente preventivos ou descentralizados, mas isto não significa que houve a superação da prática campanhista, já que eram regidos pela verticalidade e centralização características de todo o governo Vargas.

Com a reforma administrativa de 1941, o Departamento Nacional de Saúde, absorveu vários serviços de combate às endemias, institucionalizando as campanhas sanitárias com a transformação dessas em serviços nacionais (da

malária, câncer, febre amarela entre outros). As campanhas sanitárias adquiriram, portanto, um caráter permanente, e os programas continuaram organizados por doenças/agravos específicos.

Em 1941, também foi criado o Serviço Nacional de Educação Sanitária (SNES), cujo foco esteve na padronização de técnicas, modelos educativos e na produção de materiais, distribuídos a instituições e serviços e veiculados por todos os meios disponíveis (Oshiro, 1988 *apud* CARDOSO, 2001).

Na era Vargas, a disciplinarização das “massas urbanas” era encorajada pela conjuntura internacional. Predominava a visão de Laswell, segundo a qual a adesão das “massas” era obtida por meio da propaganda. As teorias psicológicas predominantes eram as determinísticas, que defendem uma relação linear de estímulo-resposta no comportamento humano. O órgão de maior destaque foi o Departamento de Informação e Propaganda (DIP), diretamente ligado à Presidência. Em 1942, no contexto da segunda guerra, foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp), em convênio com o governo norte-americano. Entre suas demandas, que incluíram a satisfação dos aliados, coube ao órgão estabelecer as medidas e infra-estrutura necessárias à proteção dos trabalhadores contra a malária.

Com a entrada do Brasil na segunda guerra, as contradições do Estado Novo tornam-se mais evidentes (a democracia era defendida, mas o governo era ditatorial, tendo fim, em 1945, o primeiro governo de Vargas. Assume então o poder o general Gaspar Dutra. Entretanto, no contexto do pós-guerra, Vargas reassume o poder. Nesse período houve a criação da Organização das Nações Unidas (ONU) e seus organismos, sendo priorizados projetos de educação e saúde, entre outros.

Essas iniciativas baseavam-se no desenvolvimento em etapas, de Rostow. Outra idéia-base era a do *círculo da doença-pobreza*, entendendo-se que ele poderia ser rompido pela ação sanitária sobre o primeiro termo. A comunicação era baseada no modelo de Schramm, que seguia a teoria dos dois níveis de comunicação. Segundo tal teoria, o indivíduo é influenciado em suas relações interpessoais, desempenhando um papel importante nesse processo os líderes de opinião.

Nesse contexto, a população não era mais considerada passiva e homogênea

nem considerada totalmente à mercê dos efeitos da mídia. Os líderes ocupavam um papel fundamental nesse processo. Tal modelo foi altamente estimulado pelas organizações internacionais.

O Sesp foi uma instituição central na área da saúde pública até os anos 60, quando se transformou em Fundação. A visão predominante era a de que os problemas de saúde eram de falta de educação, de uma cultura arcaica resistente aos avanços científicos. Durante as décadas de 1950 e 1960, a área da saúde contou com outra instituição que também investiu pesadamente em práticas educativas: o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu). Situado no governo Kubitschek e no novo Ministério da Saúde, esse departamento centralizou as campanhas sanitárias permanentes. Portanto, com a criação do Ministério da Saúde, em 1953, mantiveram-se a centralização e a verticalidade, tendo as campanhas sanitárias maior *status* burocrático.

O Dneru buscava incorporar em suas ações as características sociais e, principalmente, a cultura local, pois a educação em saúde era vista como fator de mudança cultural, promotora do progresso econômico e social. Foram questionados os métodos impositivos, que não consideravam as necessidades e interesses priorizados pela população. O debate chegou à III Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1963. Apesar da vitória das teses de cunho descentralizador, permaneceu o que já havia sido delineado pelo Estado Novo, em termos das atribuições federais. Com o golpe militar de 1964, as teses vitoriosas precisaram esperar 20 anos, quando foram resgatadas pelo movimento da reforma sanitária.

A partir de 1967, com a unificação da previdência social, o setor da assistência médica curativa individual passou a ser dominante. Esta passava a ser a responsável pela a resolução dos problemas sociais. Até o ano de 1973, consolidou-se um modelo médico assistencial que fortaleceu o complexo médico empresarial. Houve a unificação dos serviços médicos e previdenciário e com esta, a extensão dos serviços médicos previdenciários hospitalares e ambulatoriais. Apesar disto, seu caráter excludente foi mantido. O governo autoritário buscou respaldo popular, mas foi impossível evitar sua derrota eleitoral em 1974.

A partir de 1975 foram elaborados vários planos, diante do aumento das pressões populares por assistência médica. Nesse contexto, a informação e a

cultura de massa, com a televisão como meio principal de difusão foram peças chave.

No que se refere aos movimentos sociais, desde meados da década de 1970, profissionais dos serviços de saúde, academia, lideranças sindicais, comunitárias e religiosas conformavam um dos mais ativos movimentos. Na década seguinte, foram incluídos setores do poder legislativo. Referido como “partido sanitário”, esse movimento conseguiu incluir no debate nacional uma concepção nova e ampla de saúde, de organização e gestão de suas ações e serviços.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, foi um marco no processo de redemocratização da sociedade e do Estado brasileiro. Pela primeira vez, estiveram reunidos representantes da população usuária dos serviços, entidades sindicais, associativas, religiosas e não apenas médicos, intelectuais e técnicos do setor. A partir dela foi elaborado um projeto e um programa de reformas que influenciaram significativamente os trabalhos da Assembleia Nacional Constituinte, instalada no ano seguinte. Inscreveram-se na Constituição de 1988 as principais teses pactuadas na 8ª CNS.

Saúde passava a ser “*direito de cidadania*”, não mais um direito adquirido pelo trabalho. Além disso, a saúde era apresentada como resultado da qualidade de vida, algo que vai muito além da perspectiva biológica e curativa.

Outro fundamento foi a descentralização política e administrativa dos serviços e ações de saúde. Foram criados os conselhos de saúde e redefinidas as conferências de saúde, que passaram a ter composição paritária e a serem organizadas em cada nível de governo, espaços de negociação e construção coletiva dos rumos da saúde.

Muitos avanços foram conquistados, mas a ineficácia e o autoritarismo ainda marcam o sistema de saúde brasileiro. Foi solidificada uma associação da saúde com o consumo de serviços, tecnologias e medicamentos. Esse trabalho tem na mídia um agente e *locus* privilegiado e complementar. Os serviços públicos são apresentados como sinônimo de ineficiência, desperdício, corrupção e incompetência. Já os serviços privados são mostrados como caminhos de modernidade, avanço tecnológico, agilidade e eficiência.

Apesar disso, com a 8ª CNS:

“(...) educação, comunicação e informação foram indicadas como pré-requisitos da cidadania e do direito à saúde. Pensar a saúde de forma ampliada favoreceu o questionamento e a revisão de práticas cristalizadas, incluindo as tradicionais práticas de educação e comunicação sanitária e seus fundamentos, na medida em que passaram a ser pressionadas para assumir posturas comprometidas com o reconhecimento do direito à participação social como um dos pilares da reformulação do sistema de saúde.

(CARDOSO, 2001; p. 65-66)

Com o seminário “Saúde e Comunicação Social”, em 1988, e os debates sobre o tema “comunicação e educação” na 9a CNS, em 1992, criticava-se a ineficácia das campanhas, por não levarem em conta características regionais, religiosas e desperdiçar recursos.

Na linha assistencial, os meios de comunicação eram criticados pela associação que estabeleciam entre saúde e medicalização. A proposta era que esses divulgassem ações de saúde e dados epidemiológicos, que deveriam ser acessados de outras formas, como por exemplo, por centrais de atendimento.

A partir da 9a CNS, comunicação e informação passaram a integrar as discussões do tema Controle Social. Mais do que informações sobre doenças e prevenção, os movimentos sociais, as entidades e os conselhos de saúde reivindicavam o acesso a uma ampla gama de informações governamentais, etapa essencial para que pudessem atuar na formulação, gestão e controle de políticas, ações e serviços de saúde.

Na 10a CNS, realizada em 1996, o apoio à democratização dos meios de comunicação foi explícito. Várias propostas emanadas dos conselhos e conferências de saúde contribuem para tornar mais tênues as linhas divisórias entre informação, comunicação e educação. Há um esforço para a superação da fragmentação de atividades e aproximação das realidades locais.

Atualmente, embora se busque acentuar o vínculo dessas atividades com a promoção da saúde, o acesso e a democratização das informações e conhecimentos, não se percebem alterações significativas no sentido de uma maior aproximação às diretrizes de descentralização de atividades. A ênfase da atuação

ministerial está migrando das atividades interpessoais para o uso intensivo dos meios de comunicação.

As práticas preventivas no Brasil surgiram, portanto, com o campanhismo sanitário. Com a instauração da dimensão da educação, a lógica campanhista não desapareceu, permanecendo uma visão autoritária, que define o lugar de cada cidadão (saber popular) como o lugar da “falta”, principalmente de falta de informação. É nesse contexto que, no final da década de 90, são iniciadas as campanhas nacionais da voz. Depois de percorridos 12 anos, a repercussão das ações realizadas levou à promulgação do dia mundial da voz. Entretanto, do ponto de vista epidemiológico, a efetividade de tais ações não é sequer avaliada. Um dos principais critérios de avaliação é a abrangência quantitativa das ações. No que se refere à Promoção da Saúde, algumas rupturas aconteceram, com a utilização de uma linguagem mais adequada, menos culpabilizadora, mas a *polifonia* é ainda silenciada. São hegemônicos os saberes do otorrinolaringologista, do fonoaudiólogo e de preparadores vocais. No ano de 2010 um projeto pioneiro foi iniciado. Com a realização de uma campanha na semana nacional da voz e ações posteriores na Ouvidoria Geral do SUS, o Projeto HumanizaVoz foi uma iniciativa de promoção da saúde vocal. Entretanto, muito ainda precisa ser feito.

1.2 Apresentação do objeto empírico

1.2.1 Voz, processos de trabalho e saúde vocal de operadores de telemarketing e telesserviços

Os operadores são profissionais da voz. Para Boone (1996) o profissional da voz é todo aquele que ganha o seu sustento por meio dela. Para estes profissionais, ter uma voz saudável remete maior eficiência na relação interpessoal, essencial para o bom desempenho profissional e convívio social (CRST, 2006). Como muitas pessoas utilizam suas vozes de modo profissional sem que haja um retorno financeiro envolvido, a definição do 1º Pró-consenso de voz profissional, realizado no Rio de Janeiro em 2001, torna-se mais completa. Nesta, a voz profissional foi definida como *“forma de comunicação oral utilizada por indivíduos que dela*

dependem para exercer sua atividade ocupacional.” Entre os profissionais classificados nessa categoria profissional temos professores, locutores, cantores, operadores de *telemarketing* e telesserviços, vendedores, entre outros.

Para Penteado, Bicudo-Pereira (2003), em *telemarketing* e telesserviços, a voz é um instrumento de trabalho valioso, além de importante forma de expressão, vinculação, comunicação intersubjetiva e elo de relação operador-cliente no processo de vendas ou atendimento.

Vários estudos, como o acima referido, destacam a importância da voz como instrumento de comunicação de operadores e investigaram aspectos relacionados à saúde vocal desses profissionais (Koufman, Isacson, 1991; Algodual, 1995; Liechavicius, 2000; Jones *et al.*, 2002; Bicudo-Pereira, 2003). A partir dos resultados obtidos é possível a constatação que tal grupo constitui um grupo de interesse para a realização de ações de saúde, entre estas, ações que favoreçam o bem-estar vocal desses profissionais.

Para o planejamento de quaisquer ações de Promoção da Saúde para operadores, a análise dos diferentes processos de trabalho é fundamental. Nesta, deve-se ter como ponto de partida o trabalhador, suas necessidades, e não apenas o adoecimento. Do mesmo modo, o conhecimento do trabalho prescrito, como o que está contido nos famosos *scripts* de operadores de *telemarketing*, é insuficiente, sendo essencial um aprofundamento acerca da complexidade da atividade e a experiência prática dos trabalhadores. Como afirma Oliveira (2007, p. 9):

“Análises que enfocam o vivido no trabalho e ressaltam sua centralidade na vida, como espaço de transformação e de criação, portanto, de construtor da saúde, e não somente como produtor de patologias e sofrimentos; (...) numa sociedade cheia de ambiguidades e contradições, é necessário dar visibilidade às experiências dos protagonistas das relações de trabalho e de vida, pois também é nas ambiguidades e contradições que encontramos brechas para manifestação da subjetividade e elaboramos estratégias para tornar possível a vida no cotidiano, produzindo sentidos e construindo nossa história pessoal e coletiva.”

Segundo Oliveira (2007) há um empobrecimento nas avaliações de saúde no trabalho. Nestas, muito pouco da dinâmica de realização do trabalho é revelada, sendo predominante a ênfase nos aspectos físicos, químicos, mecânicos e

biológicos envolvidos. Há um distanciamento do processo de trabalho real, concreto, que é o elemento central do processo saúde-doença.

O projeto de doutorado da autora foi desenvolvido com métodos qualitativos, visando a compreensão do processo saúde-trabalho, trabalho real, vivido por operadores de *telemarketing* (OLIVEIRA, 2007). Em uma das etapas, um encontro com operadores de diferentes empresas do RJ foi realizado. Um total de 33 operadores estiveram presentes. Estes destacaram como grandes causas de problemas no trabalho: clima organizacional ruim, pressão psicológica, excesso de cobrança, monitoramento permanente, solicitações de pausa para necessidades fisiológicas não atendidas e deficiência de mobiliário e equipamentos. Referiram viver em um quadro de extrema pressão, no qual são tratados como “robôs”. Ficando excessivamente tensos, “atendem mal, adoecem e são demitidos”. O adoecimento é, segundo os operadores, marcado pelo descaso, sendo inclusive negado o fornecimento da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) e acompanhamento dos trabalhadores adoecidos visando sua reintegração ao trabalho.

No âmbito do campo da comunicação e saúde ainda são poucos os estudos que discutem as estratégias utilizadas nas ações de Saúde Vocal realizadas no Brasil (Penteado, 2003). Entre os trabalhos realizados com operadores, não há estudos disponíveis que incluam os sentidos destes sobre as ações realizadas, apenas uma dissertação, da Universidade Federal da Bahia, sobre os significados da disfonia para operadores (Guená, 2009). Entretanto, os estudos levantaram questões importantes sobre gênero, voz e *telemarketing* (Segnini, 2001) e sobre sinais e sintomas vocais (Koufman, Isacson, 1991; Algodoal, 1995; Liechavicius, 2000; Jones, Sigmon, Hock, Eric Nelson *et al.*, 2002; Oliveira, 2005; 2009).

Penteado (2003) fez um estudo reflexivo sobre a apresentação, conteúdo e linguagem de folders de campanhas nacionais da voz realizadas no Brasil, utilizados nos anos de 1999, 2000 e 2001. O objetivo foi investigar os simbolismos, concepções e representações subjacentes, tendo em vista os fins de tais materiais: um processo educativo condizente com a promoção da saúde. A opção pelo folder foi feita, pois o mesmo é um material de divulgação de caráter massivo, comumente

utilizado por fonoaudiólogos em ações educativas/preventivas e cuja elaboração é incentivada desde em cursos de graduação em Fonoaudiologia.

Ao realizar a análise da apresentação dos três materiais observou que estes tendem ao modelo tradicional de educação focado na transmissão de informações. Na análise do logotipo da campanha, mantido nos três anos analisados, observa que este é inspirado num saber técnico-científico especializado de determinados grupos de profissionais da saúde. Ao analisar as concepções que estariam por trás de tal escolha, afirma que há uma concepção de um sujeito fragmentado e reduzido a uma parte de seu corpo. Outra questão sobre o logotipo é que o mesmo representa a “campainha” e parte da faringe e não a laringe e as pregas vocais, uma dissociação entre imagem e texto. A utilização de uma imagem “mais simples” expressa o preconceito e o descrédito dos profissionais em relação à capacidade de compreensão e aprendizagem da população. Mai do que isso, um modo de impedir as pessoas de manterem com seus corpos uma relação científica e reflexiva, prestando um “desserviço” sob a ótica educacional (Penteado, 2003; p. 330-334).

Quanto aos conteúdos, há a repetição de textos nos três anos. Esses têm como foco a doença, os sintomas, quando o foco deveria ser a voz e a promoção da saúde vocal. Com estratégias ameaçadoras, afastam mais as pessoas dos profissionais de saúde, por se sentirem muitas vezes com medo de ‘descobrirem que estão com câncer’, por exemplo. A autora afirma que é preciso refletir sobre outras formas de abordagem das questões envolvidas em processos de saúde-doença vocal:

“É preciso atribuir outros sentidos (mais positivos) para a voz e aos cuidados a ela destinados; e buscar na voz presente no cotidiano e na voz como dimensão simbólica, novos pontos de interlocução entre profissionais da saúde e população”.

(PENTEADO, 2003; p. 336)

A autora destaca que a idéia de desinformação e ignorância da população esteve presente em frases como: “talvez você não saiba” e “talvez ninguém tenha dito para você”. Já a responsabilização das pessoas pelos seus processos saúde-

doença vocal esteve clara nas frases “não arrisque sua voz – cuide da sua saúde” e “afine a sua saúde – cuide da sua voz”. Deste modo, é preciso avançar para uma visão ampla de saúde, relacionada à qualidade de vida das pessoas e que incorpore aspectos negligenciados, como as condições de vida e singularidade das pessoas. Neste sentido, há de buscar a construção de processos educativos que considerem as subjetividades e a relatividade implícita às questões sociais, ambientais, culturais, laborais das pessoas, para que haja a reflexão sobre o processo saúde-doença vocal no contexto de cada pessoa, “orientada pela problematização e transformação da realidade” (PENTEADO, 2003; p. 334-338).

No que se refere à linguagem, há um avanço na maneira de se abordar a saúde no folder de 2001. Neste, a voz é relacionada à vida como nas frases “voz é vida” e “sua saúde fala mais alto”. Para a autora isto demonstra “um processo de reflexões e mudanças do enfoque de atuação na área de voz”. Nos folders anteriores está presente o pensamento mítico, pelo mito do Bem e do Mal. Este sugere que quem segue as prescrições é “do bem”, estará “salvo” da doença e será agraciado com saúde vocal e com uma voz perfeita. Tal apelo fortalece os padrões de voz perfeita, impostada e preferida fazendo com que, as pessoas se vejam impossibilitadas de seguir as normatizações/prescrições e sintam-se frustradas diante das dificuldades que encontram para segui-las (PENTEADO, 2003; p 338-341). A autora afirma que é preciso desenvolver uma nova concepção de saúde vocal:

“Que dê conta de compreender a voz em sua relação com um sujeito integral e social, com sua singularidade e subjetividade, com sua historicidade e o processo saúde/doença integrados às condições e à qualidade de vida, aos contextos interativos e às relações interpessoais, dentre outros aspectos que reiteram as características de flexibilidade e dinamismo da voz. Que seja condizente com uma ação educativa que favoreça ao sujeito construir uma relação reflexiva com a voz, sua saúde e com a própria vida”.

(PENTEADO, 2003; p. 341)

Guená (2009) realizou entrevistas semi-estruturadas para “compreensão dos significados da disfonia para operadores de *telemarketing*”. Participaram da

pesquisa operadores com queixa vocal ou história de disfonia, atendidos no ambulatório do Sindicato dos Trabalhadores em Telecomunicações do Estado da Bahia (SINTTEL – BA). Nas entrevistas foram abordados os temas voz e controle do tempo, voz e controle do conteúdo, telemarketing e demanda vocal, condições de uso da voz, a disfonia no trabalho, cuidados do operador com a voz e a disfonia e relações sociais

A existência da disfonia foi “confirmada” por exames otorrinolaringológicos, levantamento dos prontuários ou análise perceptivo-auditiva da voz pela pesquisadora. O conceito de disfonia utilizado não é mais respaldado pela literatura atual, que indica que esta representa toda e qualquer dificuldade ou alteração na emissão vocal que impede a produção natural da voz (BEHLAU & PONTES, 1995), o que inclui desconforto, dor, fadiga, sem um marcador auditivo específico.(BEHLAU, AZEVEDO, PONTES, 2001). Infelizmente, a avaliação realizada logo no início do estudo não considerou o sentidos dos operadores sobre a disfonia relatada.

A autora observou que para retratar as dificuldades diante de quadros de alteração de voz, os verbos “forçar” e “arrastar” foram bastante utilizados pelos operadores. Diante de tais alterações entra em cena o esforço vocal, para que o trabalho fosse continuado. Tal esforço aparece novamente nas centrais cujo ruído é elevado, onde os operadores referiram que surge a competição de “quem fala mais alto”. Ao serem questionados sobre a revelação das queixas vocais à empresa, o discurso era semelhante e bem expresso por uma operadora: “O serviço é um serviço de atendimento. Se a gente não podia atender? Eles também não providenciaram nenhum outro setor para a gente ir. Aí pronto (...) eu fui demitida” (M.P.). Há a substituição por um novo operador saudável, produtivo.

Em relação à organização do trabalho, a pressão dos gestores é grande e o estresse decorrente é associado a episódios de perda de voz. O uso de gravações para agilidade do atendimento, fornecendo informações ao cliente, foi associado por uma operadora, do 102, à maior demanda vocal, pois um número maior de ligações passou a ser exigido.

Quanto às estratégias de resistência à pressão exercida, os operadores referiram colocar a ligação no modo MUTE, para descanso vocal e não terem que ouvir clientes reclamando. Fazem pausas junto a colegas para poderem conversar, de modo não robotizado, entre outras.

A doença não é aceita no *telemarketing*, embora esta seja parte de muitos processos de trabalho nessa atividade. Em qualquer situação o operador deve manter o “sorriso na voz”, uma voz agradável, não importando suas condições emocionais e de saúde. A autora conclui que para os operadores entrevistados, a disfonia está intimamente relacionada às condições de trabalho e organização do trabalho. Que há resistência quanto ao uso da voz apenas nas ligações, desenvolvendo-se estratégias para o diálogo com os colegas de trabalho. Que a disfonia leva ao sofrimento não apenas pelo dano à voz propriamente dita, mas pelo risco de demissão, a exclusão do trabalho.

Segnini (2001) revela que 88,8% do trabalho de *telemarketing* bancário é realizado por mulheres. O autor afirma que o operador de *telemarketing* deve ter como objetivo atender o cliente, concretizar a dimensão singular que cada cliente significa para prestação do serviço. Para este tipo de tarefa as mulheres são consideradas mais “apropriadas” e não, mais qualificadas, em virtude de seus atributos pessoais, como: “voz mais suave”, “convicente”, “são mais disponíveis para ouvir”, “mais pacientes”, “tem mais jeitinho para lidar com clientes irritados”. O autor acresce que a voz feminina é considerada “mais confiável” para realizar operações bancárias à distância.

Segundo Koufman, Isacson (1991), após cinco ou seis horas de trabalho com *telemarketing* podem surgir diversos sintomas em decorrência da fadiga vocal. Alguns exemplos são: incoordenação pneumofonoarticulatória, pigarro e sensação de garganta seca. Estes, além de incomodarem o falante podem causar desconforto ao ouvinte, afetando assim o desempenho e a qualidade de vida do operador.

Algodoal (1995) realizou um estudo com 120 operadores, para a caracterização dos aspectos envolvidos em suas dinâmicas de trabalho, enfatizando os aspectos vocais. Um total de 74,2% dos operadores consideraram suas vozes

como boas, mas 20,8% relataram ter problemas vocais e 45% ressecamento da garganta e cansaço ao falar.

Liechavicius (2000) avaliou 62 operadores dos quais 58% apresentaram de um a três sinais e sintomas vocais e 21% acima de quatro, de um total de 12 itens pesquisados. O ressecamento recebeu o maior número de respostas (48,4%) seguido por cansaço ao falar (35,5%), pigarro (30,6%), falhas na voz (29,4%), dor na garganta (22,6%), rouquidão (19,4%) e esforço para falar (17,7%).

Jones, Sigmon, Hock, Eric Nelson *et al.* (2002) realizaram um estudo comparativo com 304 operadores e 187 estudantes, e constataram que operadores são mais propensos a experienciar oito dos 14 sintomas vocais pesquisados ($p < 0,01$) do que estudantes, apresentando duas vezes um ou mais sintomas ($p < 0,001$). De acordo com os autores, dificuldades como ter que repetir o que foi dito e forçar a voz para ser entendido fazem com haja redução no número de chamadas e motivação na venda de produtos, prejudicando a produtividade nas centrais de relacionamento.

Oliveira (2005) e Oliveira *et al.* (2009), avaliaram a efetividade de um programa de treinamento vocal para operadores. No primeiro estudo, no qual foram comparadas medidas perceptivo-auditivas e acústicas (computadorizadas) da voz pré e pós-treinamento, foi possível constatar que: operadores treinados apresentaram melhora em certos aspectos da análise acústica da voz. As mudanças foram obtidas na medida de *jitter*. No segundo estudo, ao serem avaliados os sintomas vocais pré e pós-treinamento observou-se que os operadores do grupo intervenção não apresentaram redução no número de sintomas com o treinamento, mas ao ser avaliada a chance de ocorrer piora, verificou-se que esta foi em média de 0,29 (IC= 0,11 a 0,77) para operadores treinados em relação a operadores não-treinados. Embora esta diferença não tenha sido estatisticamente significativa ($p = 0,054$), estes resultados sugerem que o treinamento seja um fator de proteção para os operadores. Além disso, mais de 79% dos operadores concordaram que houve melhora nos diferentes aspectos vocais e de comunicação abordados durante o treinamento.

Preconizar ações de saúde vocal com base na promoção da saúde e humanização seria o ideal para o fonoaudiólogo ou otorrinolaringologista que trabalha ou deseja trabalhar com operadores de *telemarketing* e telesserviços, bem como com quaisquer profissionais da voz. Tal escolha requer a escuta, compreensão e valorização das necessidades de saúde/voz de cada pessoa, como previsto no ideal de participação social do Sistema Único de Saúde (SUS), apresentado originalmente nos ideais da Reforma Sanitária (CEBES, 1985; NORONHA, LIMA, MACHADO, 2008). Além disso, as ações devem ser planejadas e avaliadas pelos profissionais que organizam atuam nas mesmas e, sobretudo, por aqueles que participam das ações. Desafios que envolvem mudanças de paradigmas, mas cujos resultados podem ser eficientes e duradouros. O presente projeto é uma iniciativa que visa contribuir para que essas mudanças ocorram e que viabilize a elaboração de novas estratégias de comunicação e saúde para os operadores.

2 MARCO TEÓRICO

Neste capítulo serão apresentados os conceitos de Comunicação e Promoção da Saúde nos quais o presente trabalho está fundamentado. Tal escolha foi feita uma vez que as campanhas de voz no Brasil constituem de modo simultâneo, uma prática de promoção e de comunicação.

2.1 A noção de comunicação como produção social de sentidos

“Informação é essencial, mas não é suficiente” (Cardoso, 2007)

Como apresentado no capítulo introdutório, o modelo de comunicação mais adotado no campo da saúde pública brasileira é o que a concebe como moldagem de atitudes e comportamentos. A efetivação da mesma se concretiza com o fornecimento de informações suficientes e adequadas. A comunicação é entendida como um processo de repasse de mensagens, cuja maior preocupação é a eliminação de “ruídos” (polifonia social e discursiva) que possam prejudicar a decodificação das mesmas e, deste modo, garantir a linearidade do processo (ARAÚJO, 2004).

O deslocamento que ocorre, em alguns espaços acadêmicos e institucionais, a partir da década de 80, no qual se atribui ao receptor a responsabilidade pela produção dos sentidos, pouco mudou o caráter funcionalista da comunicação (MATTELART, 1999).

Entretanto, Araújo (2002) apresentou em sua tese de doutorado um novo modelo. Neste, a comunicação é entendida como um “processo de produzir, fazer circular e consumir os sentidos sociais, que se manifestam por meio de discursos” (Araújo, 2004; p. 4). Tal processo caracteriza o modelo intitulado “*mercado simbólico*”.

O mercado simbólico pode ser operado por indivíduos ou comunidades discursivas, chamados de *interlocutores*. A noção de interlocutor se opõe às de

“emissor e receptor”, ou seja, de modo contrário aos modelos anteriormente difundidos, cada pessoa participa por inteiro do circuito produtivo que caracteriza a prática comunicativa. As *comunidades discursivas* são grupos de pessoas que produzem e fazem circular discursos. Neles se reconhecem e são por eles reconhecidos. Cada *interlocutor* ocupa uma posição no mercado, que se localiza entre o centro e a periferia de uma espiral, posição que corresponde ao seu *lugar de interlocução* (ARAÚJO, 2004).

A partir da noção de comunicação como um mercado simbólico, a *prática comunicativa* pode ser definida como “o ato de ativar o circuito produtivo dos sentidos sociais” e uma estratégia de comunicação como:

(...) o modo como se ativa algum fragmento desse circuito e como se participa do mercado simbólico, lugar onde os sentidos sociais são produzidos. Se pensarmos que a prática discursiva está submetida a condições de desigualdade do poder simbólico – poder de constituir a realidade – e se pensarmos na noção de intertexto e interdiscursividade presentes na formação dos sentidos sociais, teremos que pensar que é imprescindível perceber como relevante o processo de formação dos sentidos sociais. No fim da linha, estão conceitos como liberdade, democracia, cidadania, política. A perspectiva do mercado simbólico é um modo de compreender como se formam os sentidos sociais, portanto, como se formam as condições de percepção e ação das pessoas sobre o mundo.” (Araújo, 2004; p. 6)

O modo como cada interlocutor irá participar do mercado simbólico é produto da articulação de vários contextos. Os mais relevantes para um modelo comunicativo são os contextos: existencial (condição econômica), situacional (lugar que o interlocutor ocupa na topografia social e institucional), textual e intertextual (ARAÚJO, 2004).

O mercado simbólico é um modelo multipolar, multidirecional, desenvolvido para compreensão da prática comunicativa no campo das políticas públicas. Ele faz sentido numa perspectiva analítica que considere as políticas públicas como espaço de confrontos sociais, que se dão pela via discursiva. Como instrumento de planejamento da comunicação, pretende se opor às forças centrípetas de concentração de poder, na medida em que percebe os lugares de interlocução móveis e negociáveis.

2.2 Promoção da saúde: de que promoção estamos falando?

“Como a ação educativa tem um custo menor, pode-se concluir que chegamos a um modelo de saúde a um custo promocional... para os pobres, naturalmente” (STOTZ, ARAÚJO, p. 9, 2004).

Para a compreensão da inserção do presente projeto no campo da Promoção da Saúde (PS) a compreensão das variadas perspectivas e abordagens existentes neste é essencial.

Ferreira, Castiel e Cardoso (2007) analisaram documentos históricos sobre a PS. Neste trabalho ressaltam que no primeiro documento oficial no qual o termo é apresentado, o Informe Lalonde, a PS é vista como uma estratégia para a melhoria da saúde da população canadense, destinada a: *“informar, influenciar e assistir tanto a indivíduos como a instituições para que aceitem mais responsabilidade e sejam mais ativos em questões que afetam a saúde física e mental.” (Lalonde, 1974, p. 66 apud Ferreira, Castiel e Cardoso, 2007).*

Segundo os autores, no relatório elaborado pelo Departamento de Saúde, Educação e Bem-estar do Governo dos Estados Unidos da América, o *‘Healthy People 1979*, embora haja a distinção entre prevenção de doenças e Promoção da Saúde, mantém-se a ênfase no combate aos fatores de risco para se lidar com os problemas de saúde e a associação da Promoção da Saúde à mudança de estilos de vida. Entretanto, ainda em 1978, na cidade de Alma Ata, antiga União Soviética, é realizada a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde’, convocada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Nesta, a saúde é considerada um direito fundamental, há a defesa da democratização na tomada de decisões na área da saúde, redução das desigualdades e a vinculação da saúde aos determinantes políticos, sociais e econômicos. Idéias que guardam fortes semelhanças com a Promoção da Saúde que preconizamos.

Mas foi apenas em 1984 que, de um encontro promovido pela OMS, a PS se desenvolveu e consolidou-se como ideário. No documento elaborado, intitulado *‘Conceitos e Princípios da Promoção da Saúde’ (WHO, 1984)*, adverte-se que a

prescrição do que “os indivíduos devem fazer e como devem se comportar é contrária aos princípios da Promoção da Saúde. Além disso, “conscientizar sem aumentar o controle ou as perspectivas de mudança só serve para gerar ansiedade e sentimento de impotência” (WHO, 1984, p.4). A questão não está no impedimento da adoção de comportamentos relacionados à saúde, mas na condenação daqueles que se limitam a prescrever independentemente dos determinantes sociais, econômicos e culturais e em detrimento de seu enfrentamento.

Em 1986, aconteceu em Ottawa uma Conferência Internacional sobre PS, mas nesta o Brasil não esteve presente, apenas países desenvolvidos e alguns satélites. Os países periféricos reuniram-se mais tarde em Jacarta (Indonésia), em *Port Spain* (Caribe) e em Bogotá (Colômbia); (STOTZ, ARAÚJO, p. 8, 2004). Na carta elaborada em Ottawa, do ponto de vista das ações de saúde para redução das diferenças no estado de saúde da população deve ser dado enfoque à equidade:

“Alcançar a equidade em saúde é um dos focos da promoção da saúde. As ações de promoção da saúde objetivam reduzir as diferenças no estado de saúde a população e assegurar oportunidades e recursos igualitários para capacitar todas as pessoas a realizar completamente seu potencial de saúde. Isto inclui uma base sólida: ambientes favoráveis, acesso à informação, a experiências e habilidades na vida, bem como oportunidades que permitam fazer escolhas por uma vida mais sadia. As pessoas não podem realizar completamente seu potencial de saúde se não forem capazes de controlar os fatores determinantes de sua saúde, o que se aplica igualmente para homens e mulheres”.
(OPAS, 1986)

Para as estratégias regionais, a Carta de Bogotá recomenda “impulsionar a cultura da saúde modificando valores, atitudes e relações”, um programa autoritário, que pressupõe que as pessoas não têm uma cultura da saúde, não vêem a saúde como um bem desejável e precisam ser conscientizadas da sua importância, uma visão de mundo que nega radicalmente a cultura e o saber popular. No Brasil, o discurso oficial é o de Ottawa, mas a prática é legitimada e implementada pela Conferência de Bogotá. Promove-se intensamente a educação sanitária, com uma sofisticação das estratégias de culpabilização das pessoas e creditação oficial das teorias behavioristas (STOTZ, ARAÚJO, 2004).

Ainda para esses autores, a palavra *empowerment* introduz o paradoxo de que categorias que dispõem de poder possam criar condições para que grupos

excluídos socialmente venham a adquirir poder, uma nova forma de tutela sob a população. De modo contrário, é preciso reconhecer o saber comum, ou seja, respeitar e entender a fala do outro, abandonando a idéia da incultura associada aos erros de linguagem e ao caráter não sistemático do pensamento como obstáculos do conhecimento.

Ações de PS baseadas neste pressuposto requerem a interação de saberes e práticas, ou seja, a interação e interlocução entre profissionais e técnicos e representantes da população organizada no âmbito dos serviços, em momentos de avaliação, de diagnóstico e de planejamento das atividades.

3 METODOLOGIA

O presente trabalho consiste em um estudo qualitativo que utilizará a técnica de grupos focais (GFs). Estes serão realizados em duas empresas privadas que possuam centrais de *telemarketing* e telesserviços, localizadas no Município do Rio de Janeiro.

Os GFs terão 90 minutos de duração, cada, e seus participantes serão operadores de *telemarketing* das empresas selecionadas. A seleção das empresas será feita por sorteio simples, a partir de uma lista obtida no Sinttel – RJ.

A seguir, é apresentado um resumo dos aspectos principais, teóricos e metodológicos, da técnica de GFs.

3.1 A técnica de GFs

Morgan (1997) define grupos focais (GFs) como uma técnica de pesquisa que coleta dados por meio das interações grupais, ao se discutir um tópico especial sugerido pelo pesquisador. Sua essência consiste na interação entre os participantes e o moderador (pesquisador), para a obtenção de dados. O moderador assume a posição de facilitador do processo de discussão, e sua ênfase está “nos processos psicossociais que emergem”, ou seja, “no jogo de interinfluências da formação de opiniões sobre um determinado tema.” (GONDIM, 2003).

Lervolino, Pelicioni (2001) enfatizam que como um tipo de pesquisa qualitativa, tal técnica não trabalha com amostras probabilísticas, nem visa estudar a frequência com que determinado comportamento ou opinião ocorre.

A interação do grupo se dá a partir de um roteiro com tópicos específicos e diretivos, que permita o aprofundamento progressivo e a fluidez da discussão, sem que haja a alternância de perguntas do pesquisador e respostas dos participantes. Algumas regras deverão ser seguidas para que isto ocorra: só uma pessoa fala de

cada vez; evitam-se discussões paralelas para que todos participem; ninguém pode dominar a discussão; todos têm o direito de dizer o que pensam (MORGAN, 1997).

É composto por quatro a dez participantes, selecionados por apresentarem características em comum, associadas ao tópico que está sendo pesquisado. Entretanto, este número variará de acordo com o envolvimento dos participantes com o tema (GONDIM, 2003).

Os grupos focais podem servir para diferentes propósitos. Fern (2001), apresenta uma classificação não-excludente, na qual expressa que os GFs podem atender a interesses teóricos ou práticos. Segundo essa classificação os GFs podem ser: exploratórios - servem para o desenvolvimento de modelos e teorias; clínicos - possuem uma vertente teórica, para a compreensão de crenças, sentimentos, comportamentos e uma vertente prática - para o descobrimento de projeções, identificações, vieses e resistência à persuasão; vivenciais – na vertente teórica servem para permitir a comparação de seus achados com os resultados de entrevistas por telefone e face a face (análise intergrupar) e na vertente prática – o entendimento da linguagem do grupo, suas formas de comunicação e impacto de estratégias, programas, propagandas e produtos nas pessoas.

Segundo Morgan (1997), que também apresenta uma classificação, os GFs podem ser: auto-referentes – servem para aprofundar e definir questões, responder a indagações de pesquisa, investigar perguntas de natureza cultural e avaliar opiniões, atitudes, experiências anteriores e perspectivas futuras; como técnica complementar - para a construção de instrumentos de medidas, para a avaliação do impacto de produtos em desenvolvimento e de futuros programas a serem implantados; como uma proposta multi-métodos qualitativos, que integra os resultados dos GFs com os da observação participante e da entrevista em profundidade. A utilização de GFs em sequência às entrevistas individuais facilita a avaliação do confronto de opiniões, já que se tem maior clareza do que as pessoas isoladamente pensam sobre um tema específico. A associação dos GFs com a observação participante permite comparar o conteúdo produzido no grupo com o cotidiano dos participantes.

Para a realização do GF, o moderador deve contar com a presença de um relator, que anotará os acontecimentos de maior interesse para a pesquisa e um observador, para auxílio na observação da comunicação não verbal, como forma de compreender os sentimentos dos participantes sobre os tópicos discutidos e, eventualmente, intervir na condução do grupo (KRUEGER, 1988 *apud* LERVOLINO, PELICIONI, 2001).

Lervolino, Pelicioni recomendam que o moderador receba cada participante do grupo de maneira cordial e que crie um ambiente agradável de espera. O mesmo deve evitar que o tema do grupo seja abordado precocemente em conversas informais, pois estas podem "esfriar" a discussão no momento formal de coleta de dados. Além disso, recomendam a distribuição de uma folha de auto-preenchimento para a obtenção de informações básicas sobre os participantes (idade, sexo, profissão), para controle posterior da equipe.

A melhor maneira iniciar um GF é o moderador admitir que está neste para aprender. O segundo passo é explicar a forma de funcionamento do grupo. Neste, deve ser enfatizado que não se busca consenso na discussão e que a divergência é extremamente bem vinda. O terceiro passo é solicitar o consentimento ao grupo para efetuar a gravação e dar garantia do total sigilo do material obtido. Faz-se então uma breve rodada de apresentação dos participantes. A partir desse momento, não se admite mais a entrada de outras pessoas (MORGAN, 1988 *apud* LERVOLINO, PELICIONI, 2001).

Para facilitação à adesão, vale considerar o oferecimento de algum incentivo aos participantes (sorteio, brindes entre outros). Além disso, recomenda-se também convidar cerca de 20% a mais de pessoas do que realmente será necessário para se prevenir contra ausências inesperadas de participantes (MORGAN, 1988 *apud* LERVOLINO, PELICIONI, 2001).

3.2 Seleção dos participantes para os GFs

O primeiro GF será constituído por 12 operadores de uma empresa privada, que possui um Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC) próprio. Para o segundo grupo, 12 operadores de uma empresa terceirizada de serviços serão convidados.

Após a obtenção da lista dos operadores de cada empresa, serão realizados sorteios simples para a obtenção de duas amostras aleatórias, com 12 operadores cada. Será considerado como único critério de inclusão ser operador de *telemarketing* e telesserviços há mais de seis meses. Tempo considerado adequado para conhecimento do processo de trabalho pelo operador.

Aqueles que concordarem em participar do presente trabalho deverão ler, preencher e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo 1). O presente trabalho está de acordo com a Resolução 196/96, sobre pesquisas com seres humanos, e será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Veiga de Almeida (UVA).

A articulação com os gerentes, supervisores e monitores é essencial para a realização dos grupos, que ocorrerão *in loco*. Para isto será realizada uma reunião em cada empresa para apresentação do objetivo e metodologia do projeto e discussão sobre a infra-estrutura necessária.

3.3 Mapeamento dos sentidos sobre voz e saúde vocal com operadores de telemarketing e telesserviços

3.3.1 Equipe

Os GFs serão moderados pela pesquisadora responsável pelo projeto. Além desta participarão: um observador e um relator, alunos do Curso de Mestrado Profissional em Fonoaudiologia da UVA e um aluno de iniciação científica, do Curso de Graduação em Fonoaudiologia da UVA, que fará as gravações dos grupos.

3.3.2 Tópicos sobre voz e saúde vocal: estudo piloto

Um total de seis tópicos foram elaborados para serem testados em um GF piloto. Neste, três serão sobre voz e quatro sobre saúde vocal. A escolha destes tópicos foi feita a partir da experiência da pesquisadora em centrais de *telemarketing* e telesserviços e a partir dos relatos de operadores em estudos anteriores (Oliveira, 2009). Estes são apresentados a seguir:

Item 1 – Qual o papel que a voz ocupa na vida de uma pessoa.

Item 2 – Como operador esse papel é diferente?

Item 3 – O que o grupo considera importante para a voz de quem trabalha como operador.

Item 4 – O que o termo “saúde vocal” representa para o grupo.

Item 5 – Que tipos de ações de saúde vocal o grupo considera importantes para operadores. Que aspectos podem ser contemplados?

Item 6 – Análise de materiais de Campanhas da Voz realizadas no Brasil (Anexo 2). A respeito deste item, serão selecionados alguns materiais utilizados em Campanhas de Voz realizadas a partir do ano de 2009. A análise será feita pelos operadores no que se refere ao conteúdo, linguagem e imagens utilizadas, bem como a disposição das mesmas no material analisado.

3.3.3 Infra-estrutura

Os GFs serão realizados em salas disponibilizadas pelas empresas participantes. Para as gravações de áudio e vídeo será utilizada uma filmadora Sony DCR-SR68, 60X, 80GB, com *touch panel* e *face index*, fornecida pela pesquisadora responsável.

3.3.4 Análise dos dados obtidos

Os dados obtidos nos GFs serão analisados quanto ao conteúdo, no que se refere aos sentidos do grupo acerca dos temas abordados. Neste sentido, as opiniões apresentadas serão analisadas a partir da compreensão da inserção em um mercado simbólico, que está nas centrais de atendimento e que influencia e é influenciado por outros atores. Com este tipo de análise, será possível, inclusive a utilização dos mapas de comunicação como instrumento diagnóstico (Araújo, 2010). Pois, mais do que uma materialidade do mercado simbólico, os mapas podem servir como instrumento de conhecimento da realidade. Na presente pesquisa estes possibilitarão o posicionamento dos discursos (predominantes e periféricos) que forem mobilizados pelos participantes dos GFs.

3.3.5 Ações de Promoção da Saúde posteriores

Após a realização dos GFs, análises dos dados obtidos e devolutiva aos gestores e operadores serão realizados programas de Promoção da Saúde Vocal em ambas as empresas participantes. Os mapas de comunicação, citados no item anterior, poderão ser utilizados como instrumentos de planejamento do conteúdo, recursos, estratégias, processo de avaliação e responsabilidades institucionais (Araújo, 2010). A infra-estrutura necessária para os programas será ser oferecida pelas empresas participantes.

3.3.6 Limitação do estudo

Apesar de que o espaço ideal para a realização do GF seja um local fora do ambiente de trabalho, tal possibilidade é inviabilizada diante da organização do trabalho no qual o operador está inserido. Para liberação do mesmo no menor tempo possível, durante a jornada de trabalho, é necessário que as ações sejam realizadas *in loco*.

Na literatura recomenda-se que os grupos sejam realizados em locais neutros e, além disso, que os participantes não trabalhem juntos, para evitar restrições no que é dito e desconfortos futuros (MORGAN, 1988 *apud* LERVOLINO, PELICIONI, 2001; LERVOLINO, PELICIONI, 2001). Tais critérios são de difícil aplicação para operadores, uma vez que os mesmos não são disponibilizados para participação em atividades durante a jornada de trabalho fora da empresa. Quando as atividades são realizadas fora da jornada de trabalho, a perda de operadores pode ser muito grande (OLIVEIRA, 2005).

3.4 Cronograma

No quadro a seguir, é apresentado o cronograma das atividades do presente projeto.

REFERÊNCIAS

ALGODOAL MJAO. **Voz profissional: o operador de telemarketing**. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 1995. Dissertação (Mestrado).

ARAÚJO I. **Mercado simbólico: um modelo de comunicação para políticas públicas**. Interface - Comunic., Saúde, Educ. set. 2003 - fev. 2004; 8 (14), p.165-77.

ARAÚJO, I. **Mercado Simbólico: interlocução, luta, poder – Um modelo de comunicação para políticas públicas**. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Comunicação; 2002. Tese (Doutorado).

ARAÚJO, I. **Cartografia da Comunicação em Saúde**. Disponível em: <HTTP://www.icml9.org/program/track3/public/documents/Inesita%20Araujo-113934.pdf> Acesso em: 17 nov 2010.

BEHLAU M, PONTES P. **Avaliação e tratamento das disfonias**. São Paulo: Editora Revinter, 1995.

BEHLAU M, AZEVEDO R, PONTES. **Conceito de voz normal e classificação das disfonias**. In: BEHLAU M. (org.). **Voz – o livro do especialista** (Vol 1) 2001; p 53-84.

CARDOSO, JM. **Comunicação Saúde e discurso preventivo: reflexões a partir de uma leitura das campanhas nacionais da Aids veiculadas pela TV (1987-1999)**. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Comunicação; 2001. Dissertação (Mestrado).

CEBES. **Pelo direito universal à saúde: contribuição da ABRASCO para os debates da VIII Conferência Nacional de Saúde**. Rio de Janeiro, 1985.

FERREIRA MS, CASTIEL LD, CARDOSO MHCA. **Promoção da saúde: entre o conservadorismo e a mudança.** XV Congresso Brasileiro de Ciências do Esporte; II Congresso Internacional de Ciências do Esporte (Comunicação oral). Centro de Convenções de Pernambuco, 2007.

FERN EF. **Advanced focus group research.** California: Thousand Oaks, 2001.

GONDIM SMG. **Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos.** Paidéia 2003; 12 (24): 149-161.

GUENA RM. **Dando voz ao trabalhador: os significados da disfonia para os operadores de telemarketing.** Universidade Federal da Bahia, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva; 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva).

JONES K, SIGMON J, HOCK MS, ERIC NELSON BS, SULLIVAN MA, OGREN F. **Prevalence and risk factors for voice problems among telemarketers.** Arch Otolaryngol Head Neck Surg 2002; 128: 571-577.

KOUFMAN JA, ISACSON G. **Voice disorders.** Philadelphia: WB Saunders, 1991.

KRUEGER, RA. **Focus Group: a practical guide for applied research,** Newbury Park: Sage Publications, 1988.

LERVOLINO SA, PELICIONI MCF. **A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde.** Rev Esc Enf USP 2001; 35 (2): 115-121.

LIECHAVICIUS C. **Sintomas vocais, análise perceptivo-auditiva e análise acústica de teleoperadores de centrais de atendimento.** São Paulo: Centro de Estudos da Voz; 2000. Monografia (Especialização em Voz).

MATOS PAULA EB (org). **Manual para elaboração e normalização de trabalhos de conclusão de curso.** Universidade Federal do Rio de Janeiro, Sistema de Bibliotecas e Informação (SIBI), 3ª edição. Rio de Janeiro: 2004.

102 p. (Série Manuais de Procedimentos, 6)

MATTELART, A. **Comunicação-Mundo**: história das idéias e das estratégias. Petrópolis: Vozes, 1999.

MORGAN, DL. **Focus group as qualitative research**. Sage university paper series in: Qualitative research methods. Newbury Park: Sage Publications, 1988.

MORGAN, D. **Focus group as qualitative research**. Qualitative Research Methods Series. 16. London: Sage Publications, 1997.

NORONHA JC, LIMA LD, MACHADO CV. **O Sistema Único de Saúde**. In: GIOVANELLA L, ESCOREL S, LOBATO LVC, NORONHA JC, CARVALHO A I. (orgs.) Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008, pp.435-472.

OLIVEIRA AG. **A efetividade de um programa de treinamento vocal para operadores de telemarketing**. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2005. Tese (Doutorado em Ciências).

OLIVEIRA AG, BEHLAU M, GOUVEIA N. **Vocal Symptoms in telemarketers: a random and controlled field trial**. Folia Phoniatrica et Logopaedica 2009; 61: 76-82.

OLIVEIRA SSS. **A dimensão gestonária do trabalho no telemarketing**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2009. Tese (Doutorado em Saúde Pública).

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. **Carta de Ottawa**. In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1, 1986, Ottawa. Disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>. Acesso em: 8 dez 2010.

PENTEADO RZ. **Folders das Campanhas Nacionais da Voz – análise dos aspectos de apresentação, conteúdo e linguagem.** *Distúrbios da Comunicação* 2003; 14 (2): 319-349.

RICHARDT NF, TETERYCZ T (org). **Manual de normas para trabalhos técnico-científicos: de acordo com as normas da ABNT.** Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC – PR), Sistema Integrado de Bibliotecas da PUCPR. Sistema Integrado de Bibliotecas, Biblioteca Central; Curitiba, 2010. 128 p.

SEGNINI LRP. **Relações de gênero e racionalidade do trabalho em serviços de atendimento à distância.** In: *Relação de serviço: produção e avaliação* (Mario Salermo (org.)). São Paulo: Editora SENAC, 2001.

STOTZ EM, ARAÚJO JWG. **Promoção da Saúde e cultura política: a reconstrução do consenso.** *Saúde e Sociedade* 2004; 13 (2): 5-19.

WHO. ***Concepts and Principles of Health Promotion.*** Copenhagen: WHO, 1984.

WHO. ***Ottawa Charter for Health Promotion.*** First International Conference on Health Promotion. Document WHO/HPR/HEP/95.1. Ottawa: WHO, 1986. Disponível em:

<http://www.who.int/hpr/NPH/docs/Ottawa_charter_hp.pdf>. Acesso: 18 ago 2006.

Anexo 2 – Materiais a serem apresentados aos operadores do GF piloto
(Os tamanhos dos mesmos foram adaptados para apresentação neste projeto)



Figura 1 – Cartaz da Campanha da Voz de Belo Horizonte, 2011

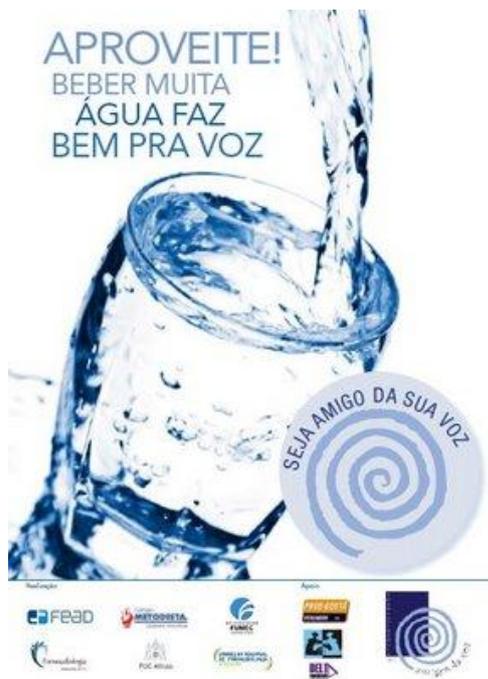


Figura 2 – Cartaz da Campanha da Voz de Belo Horizonte, 2011



Figura 3 – Cartaz elaborado pela Academia Brasileira de Laringologia e Voz, 2010

Disponível em: http://www.ablv.com.br/secao_detalhes.asp?s=2



Figura 4 – Cartaz da Campanha da Voz Humanizavoz, Rio de Janeiro, 2010