



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE

**SÉRIE DESENVOLVIMENTO DE
SERVIÇOS DE SAÚDE Nº 15**

**REPRESENTAÇÃO DO BRASIL
BRASÍLIA, 1996**

*Textos extraídos do Seminário de Informação e
Comunicação Social em Saúde.*
Salvador, 01 e 02 de Dezembro de 1994

Organizados pela Secretaria Executiva da Rede IDA-Brasil:

**Eliane Cardoso de Araújo
Ana Luiza Vilasbôas
Carmen Fontes Teixeira
Maria Eunice X. Kalil
Maria Ligia Rangel
Maria Raquel O. Feitosa**

**Promoção: Secretaria Executiva da Rede IDA-Brasil
Instituto de Saúde - UFBA
Apoio: Fundação Kellog/Projeto Uni/Fapex**



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

**INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO
SOCIAL EM SAÚDE**

SÉRIE DESENVOLVIMENTO DE
SERVIÇOS DE SAÚDE Nº 15

REPRESENTAÇÃO DO BRASIL
BRASÍLIA, 1996

© - Organização Pan-Americana da Saúde,

As denominações empregadas na presente publicação e a forma em que são apresentados os dados na mesma contidos não implicam, por parte da organização Pan-Americana da Saúde, juízo algum sobre a condição Jurídica de qualquer país, território, cidade ou zona citada, sobre suas autoridades, nem sobre a delimitação de suas fronteiras.

As opiniões emitidas na presente publicação são de exclusiva responsabilidade dos autores.

O material contido nesta publicação pode citar-se ou reproduzir sem restrições, sempre que se indique a fonte e se faça referência ao número do documento. Deverá remeter-se à Representação da OPAS/OMS no Brasil um exemplar da publicação em que apareça o material citado ou reproduzido.

REDE IDA/Brasil. (org.)

Informação e comunicação social em saúde. Brasília, Fundação Kellogg/Projeto UNI/FAPEX/OPAS, 1995.

76 p. (Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde, N° 15)

1. Comunicação social em saúde. 2. Informação em Saúde. 3. Sistema de saúde. 4. Mídia.

Ficha Catalográfica

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	3
PANORAMA ATUAL DA INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE NO BRASIL	
Comunicação e contemporaneidade: Aspectos conceituais	5
<i>Antonio Albino Canelas Rubim</i>	
Comunicação e Saúde: A complexidade dos conceitos e o desafio das práticas	16
<i>Áurea Maria da Rocha Pitta</i>	
EXPERIÊNCIAS DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE	
Informação em saúde no município de Santos	23
<i>Vilma Madeira</i>	
Experiência do município de Florianópolis	28
<i>Flávio Magajewski</i>	
Experiência de Santarém do Pará - Projeto Saúde Alegria	32
<i>Valéria Ferreira Leão</i>	
A Comunicação Social e o desenvolvimento de ações de vigilância à saúde em Salvador	36
<i>Terezinha Marques</i>	
Informação e Comunicação - Experiência do município de Muniz Ferreira - Bahia	38
<i>Sebastião Loureiro</i>	

JANELAS ABERTAS PARA INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE

Aleatória janela -----	43
<i>José Carlos Capinam</i>	
O Olhar Distanciado – Intervenção no “Seminário de Informação e Comunicação Social em Saúde” -----	50
<i>Antonio Risério</i>	
Informação e Comunicação Social em Saúde: Janelas Abertas para a arte e para a vida -----	55
<i>Jairnilson Paim</i>	

NOVOS PASSOS PARA INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE

Alguma reflexões sobre o papel da Informação Social em Saúde no processo decisório -----	59
<i>Eduardo Mota</i>	
Alguns problemas atuais da Comunicação no campo da saúde e da doença -----	61
<i>Fernando Lefevre</i>	
A Informação, a Comunicação e a Saúde Coletiva: algumas notas -----	66
<i>Maurício Barreto</i>	
Caminhos para um novo recorte conceitual -----	70
<i>Antonio Fausto Neto</i>	

APRESENTAÇÃO

A realização de um Seminário contemplando as questões da Informação e da Comunicação Social em Saúde se insere nas atuais diretrizes da Secretaria Executiva da REDE IDA-BRASIL, composta por cerca de 65 projetos de integração docente-assistencial desenvolvidos em dezenas de universidades brasileiras.

A proposta de trabalho da Secretaria Executiva 1994-1997, sediada no recém-criado Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, tem como propósito fomentar o intercâmbio e a difusão de experiências entre os projetos, priorizando como áreas temáticas a informação em saúde, a gerência de sistemas e serviços, a construção dos modelos assistenciais, a avaliação de ações e o desenvolvimento da comunicação social em saúde.

A opção por tais áreas temáticas fundamentou-se no entendimento de que a reflexão, a experimentação metodológica e operacional e a produção de conhecimentos nestas áreas, podem ser elementos catalizadores do processo de mudança das práticas sanitárias e pedagógicas no contexto atual de reorientação do sistema de saúde brasileiro, conforme os princípios e finalidades da Reforma Sanitária.

A concepção do Seminário partiu da idéia inicial de reunir especialistas nas áreas de Informação e Comunicação, buscando um diálogo entre experiências distintas, tanto no campo da Informação em Saúde quanto no da Comunicação Social. As primeiras incluem a análise crítica dos atuais sistemas de informação em saúde, com o objetivo de propor estratégias de mudança no “ambiente interno” do sistema de serviços, visando o aperfeiçoamento dos processos de decisão, em função da descentralização da gestão e da democratização do acesso a informações por parte dos usuários. As segundas tratam de estudos e experiências voltadas a promover a elevação da consciência de cidadania e a participação popular no processo de transformação das concepções sobre Saúde e das relações entre os grupos organizados e a população em geral com o próprio sistema de serviços.

Desse modo, na composição das Mesas-redondas e dos painéis para apresentação de experiências, buscou-se estabelecer, como ponto de partida, um Panorama atual da Informação e Comunicação Social em Saúde, seguido, de um lado, pela exposição de experiências de vários locais do país, e por outro, de duas mesas que abordaram aspectos críticos ao desenvolvimento do conhecimento e da prática nesses campos. Propositamente, estas sessões incluíram convidados “de fora” da Saúde, isto é, um poeta, um cartunista e um jornalista na mesa “Janelas abertas”, visando ampliar o campo da reflexão, posteriormente direcionado, na mesa “Novos Passos”, para a Informação e Comunicação Social em Saúde.

As exposições foram gravadas e os textos produzidos foram encaminhados aos expositores para revisão. A seleção dos textos que ora publicamos, em co-edição com a Representação OPS

Brasília, levou em conta apenas um critério extremamente pragmático, que foi o tempo hábil para incluir esta publicação na Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde, sem perder o ritmo de sua periodicidade.

Como os leitores poderão constatar, o resultado final do Seminário é um painel estimulante à reflexão, ao debate e à experimentação de alternativas, quer no campo da Informação, quer no da Comunicação Social. A abordagem ao tema, múltipla e variada, reafirma a necessidade de desenvolvimento de uma visão transdisciplinar no processo de construção de um novo paradigma em Saúde, capaz de articular, nos planos teórico e prático, a diversidade e a complexidade econômica, política e cultural que atravessa a realidade brasileira e constitui um desafio ao processo de mudança das práticas sanitárias em nosso meio.

A transformação necessária da Universidade para acompanhar e, inclusive, antecipar-se pelo exercício de um pensamento crítico, criativo, inovador, é um dos elementos que movem hoje o trabalho da REDE IDA, exemplificado pelo desenvolvimento dos Projetos UNI-Uma Nova Iniciativa, que envolve a Universidade, os Serviços e a Comunidade, tomando como espaço privilegiado de atuação o DISTRITO SANITÁRIO.

A criação de Distritos Sanitários Docente-Assistenciais, onde se possa desenvolver um conhecimento e a experimentação de métodos, técnicas e instrumentos que favoreçam a mudança articulada das práticas sanitárias, pedagógicas e sociais em torno da problemática de saúde local é, hoje, uma das contribuições específicas que várias instituições acadêmicas vêm tratando de oferecer ao processo de Reforma Sanitária.

Reafirmamos que este processo não pode ser entendido apenas como rearranjo político-administrativo do sistema de serviços, e muito menos como a mera construção da viabilidade econômico-financeira da assistência médico-sanitária à população. Entendemos a Reforma Sanitária fundamentalmente como um processo de mudança nas formas de pensar e de agir no campo da Saúde, face aos desafios epistemológicos, conceituais, metodológicos, epidemiológicos, econômico-financeiros, políticos e culturais que este final de século está colocando a todos os que concebem a luta pela Saúde como uma luta em defesa da qualidade de vida e pela promoção da saúde e do bem-estar coletivos.

Nessa perspectiva, a temática da Informação e Comunicação aponta, pelo seu caráter intrinsecamente transdisciplinar, um caminho que pode ser estendido a outras áreas de saber e práticas, quer na Universidade, quer nos Serviços, favorecendo a articulação de distintos sujeitos sociais e mesmo contribuindo para a construção de novos Sujeitos que sigam adiante, buscando reinventar as formas de pensar, trabalhar e viver; enfim, reinventando o presente, construindo o futuro.

O eixo desta reorientação, como se pode apreender dos textos ora publicados é a reflexão sobre a CULTURA, campo complexo, multifacetado, quer como objeto de reflexão quer, e principalmente, como espaço de reconstrução dos sujeitos e de uma nova sociabilidade que inclua a saúde, a vida, o canto, a paz e a alegria como valores e como uma realidade para todos em nosso país.

“É preciso criar modos de convivência mais inteligentes, mais criativos, mais vivos, mais enriquecedores. É nesse sentido que se deve fazer a transformação” (Caetano Veloso, Casa da Paz, Vigário Geral, 9 de junho de 1995)

PANORAMA ATUAL DA INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE NO BRASIL

COMUNICAÇÃO E CONTEMPORANEIDADE : ASPECTOS CONCEITUAIS

Antonio Albino Canelas Rubim*

A exposição que eu desejo realizar pretende abarcar uma discussão inicial sobre o conceito de comunicação e a relação desse conceito com a idéia do social, da sociedade existente na contemporaneidade caracterizando, em seqüência, a comunicação atual.

Inicialmente eu queria especificar de que comunicação nós estamos falando aqui, qual é a comunicação que no mundo contemporâneo nos interpela o tempo todo e em quase todos os lugares? Certamente não é a comunicação que existe em todas sociedades humanas, com a qual elas estiveram acostumadas a lidar. Não se fala aqui portanto da comunicação interpessoal, que acompanha o homem desde que este apareceu na face da Terra. Não estamos falando dessa comunicação que estamos exercendo neste momento. Uma comunicação interpessoal, que tem um conjunto de características específicas, e, em um certo sentido, é “a histórica”, pois ela não tem uma conformação particular derivada de uma dada sociedade, ela não retém a singularidade de um determinado tempo histórico.

Estamos falando de outra comunicação. Uma comunicação, hoje hegemônica, ou, se não hegemônica, pelo menos a mais exposta, aquela que mais nos interpela, aquela que nos parece mais problemática.

Essa comunicação, essa outra modalidade de comunicação, que na verdade não

(*) Professor do Departamento de Comunicação e do Programa de Pós-Graduação em Comunicação e Cultura Contemporâneas. Diretor da Faculdade de Comunicação da Universidade Federal da Bahia. Pesquisador do CNPq.

substitui a anterior - a comunicação interpessoal-, mas simplesmente se agrega a ela em uma situação de complexidade; essa outra comunicação tem uma pré-história que começou com a invenção da imprensa no século XV. Ela tem como momento próprio de emergência o século XIX, por volta de seus meados, e sua consolidação, “revolução” e ampliação acontecem no século XX. Como consequência desta “explosão” a comunicação, hoje, penetra todos os poros da sociedade, é tentacular, nos acompanha aonde nós vamos. Torna-se quase onipresente.

Logo a primeira singularidade desse tipo de comunicação, dessa nova modalidade de comunicação, é a sua contemporaneidade. Ela tem uma data específica, ela faz parte de determinada sociedade, ela não está presente em todas as sociedades humanas. Ela é uma “experiência vivenciada” apenas pelas sociedades humanas contemporâneas.

A sua primeira característica deriva de sua relação imanente com a contemporaneidade. Mas se ela surge na atualidade, quais são as suas relações com o contemporâneo? Como ela é específica do contemporâneo e está, enfim, afinada com o contemporâneo?

A sua particularidade primeira, e talvez por isso ela nos chame mais atenção do que a comunicação interpessoal, é que, diferente daquele tipo “a histórico” de comunicação, esta nova modalidade, do que eu vou chamar aqui do campo dos mídia, ou a comunicação mediática, se destaca no social. Ela não se destaca, obviamente, do social, porque, afinal de contas, ela está imersa no social. Mas ela se destaca no social.

A nova comunicação, que se destaca no social, não está tão imersa e indistinta no social. Ela se diferencia na sociedade. Ela ganha uma identidade, uma diferença. E, por ganhar essa diferença, ela constitui-se em um novo campo social. Assim como, por exemplo, economia é um campo social, a política é um campo social, a comunicação passa a ser também, na sociedade do século XIX em diante, na sociedade contemporânea, um campo social específico com características distintivas importantes.

Esse novo campo social, para que o seja, funciona como uma espécie de sistema. Como um conjunto de instituições, papéis, valores, etc. Isto é, a partir do século XIX aparecem as instituições específicas de comunicação na sociedade, não da comunicação que todos exercem, mas de novo tipo. Estas instituições não se restringem aos meios de comunicação propriamente desenhados, mas também um conjunto de instituições que estão em tomo deles. Por exemplo, uma agência de publicidade, não é plenamente um meio de comunicação. No entanto ela ganha seu sentido neste sistema, ela é integrada nesse campo. Uma assessoria de comunicação, em si, não é um meio de comunicação, mas ela só retém sentido a partir da existência desse sistema, desse conjunto de instituições.

Assim, quando se fala em campo dos mídia trata-se de algo muito maior do que propriamente o campo onde estão só os meios de comunicação, *stricto senso*. Simultaneamente a este conjunto de instituições aparecem novos papéis sociais, distintivos, específicos, que vão configurar práticas, que vão, na verdade, expressar exigências novas da sociedade. Aparecem - e são formados - indivíduos que vão ser os especialistas de comunicação.

Na comunicação interpessoal, todos são “especialistas” da comunicação. Logo, ao serem todos “especialistas”, ninguém o é. Então não existem comunicólogos, não existem pessoas que socialmente são tidas como profissionais de comunicação.

Na sociedade contemporânea e na comunicação midiática, não. Existem agora pessoas que são profissionais de comunicação. Indivíduos aos quais a sociedade vai exigir determinadas competências para que possam trabalhar com a comunicação, com esse novo tipo de comunicação. Para além disto, vai se constituir uma espécie de simbólica própria desse campo social e uma axiologia também específica. Isto é, um conjunto de formulações e valores particulares do campo social, que vão governá-lo, lhe dar sentido e constituí-lo imaginariamente. Nortear inclusive as práticas e as concepções que os partícipes especializados desse campo social vão ter que realizar e absorver. Esse conjunto de instituições, papéis sociais, práticas, simbólica, axiologia, etc, configuram portanto um campo social específico que é o campo dos mídia.

Todos os campos sociais, ao se configurarem em uma sociedade, por serem campos sociais, por serem conjuntos de instituições, de práticas, de simbólica, de axiologia, são, na verdade, campos de poder na sociedade. E, obviamente, também o campo dos mídia é um campo de poder na sociedade. Um campo de poder que está conformado fundamentalmente, a partir de uma coisa que é essencial, e que é, talvez, o centro nervoso, o cerne, o fundamento desse próprio campo: o princípio da publicização, do tornar público, de tornar compartilhado na contemporaneidade.

A sociedade contemporânea, acreditando na promessa que o campo dos mídia constantemente faz, espera que ele torne público, que ele compartilhe, que ele publicize as coisas, que ele dê visibilidade, portanto, a toda sociedade.

É claro que esse campo adquire a sua legitimidade ao, exatamente, prometer à sociedade que ele fará isso; prometer à sociedade que dará visibilidade a todos os outros campos sociais. Óbvio que essa promessa nunca se realiza integralmente, inclusive porque, dentre outros aspectos, ao ser um campo social específico, esse campo desenvolve um conjunto de interesses particulares, que passa a comandá-lo. Assim, além da articulação que esse campo tem com a sociedade como um todo com destaque para o que é dominante nessa sociedade, ele possui também interesses específicos e próprios das instituições, profissões, etc que o compõem, o que faz com que essa promessa de visibilidade nunca seja efetiva e plenamente realizada.

No entanto, essa promessa de visibilidade, se mantém o tempo todo ofuscando, como que exigindo que esse campo a cumpra, porque esse campo só adquire sua legitimidade pela realização, ainda que parcial e conflitiva, da visibilidade do social. Caso, por exemplo, se tenha um colapso total dessa promessa de visibilidade, esse campo deixa de ser legítimo na sociedade, ele perde seu sentido de ser societário. Esta é uma característica muito particular, porque o campo dos mídia, tem esta legitimidade derivada. Enquanto os outros campos sociais têm uma legitimidade imanente, intrínseca a cada campo social, o campo dos mídia tem uma legitimidade vicária, que deriva exatamente dessa promessa de tornar visíveis os outros campos sociais. Ele não pode prometer apenas tornar-se visível.

Essa publicização, essa visibilidade social, essa transparência do social, que não se realiza, na verdade implica em um outro tipo de publicização, porque se pode arguir que não há aqui nenhuma novidade, já que a comunicação interpessoal também publiciza.

Quando falo torno públicas minhas idéias, por exemplo. Não há uma grande novidade em publicizar, sem mais. O que importa é o tipo de publicização que se dá. E nós vamos notar uma diferença fundamental na publicização entre essa comunicação nova, mediática, e a comunicação interpessoal.

Uma primeira distinção essencial: a comunicação mediática, ou esse campo dos mídia, não é um mero instrumento. Não é um mero intermediário da fala dos sujeitos sociais em um determinado contexto social. Não é isso.

Em outras palavras: a comunicação mediática não é um mero potencializar da comunicação interpessoal. Não é uma mera extensão dela. Há um corte, uma ruptura fundamental. E essa ruptura se dá, porque na comunicação interpessoal, diferente da mediática, há dois tipos de intercâmbio que se realizam o tempo todo.

Há o intercâmbio de mensagens, porque eu falo, eu ouço, isto é, essas mensagens são intercambiadas e se está construindo o sentido nessa troca, e há, simultaneamente, uma outra troca constitutiva: o intercâmbio continuado do lugar do falante e do ouvinte.

Ou seja, o tempo todo troca-se, a não ser uma situação particular como essa, que eu tenho o direito de fazer uma exposição e vocês têm que ouvir, gostem ou não gostem. Na comunicação interpessoal normal, nós estamos em uma situação de intercâmbio não só de mensagens, mas de lugares. Porque eu falo, paro, ouço; a outra pessoa fala, eu ouço. Então eu sou falante e também ouvinte, sucessivamente. Na comunicação mediática não há troca de sentidos ou de lugares. Nela existe uma concentração e uma centralização do poder da fala, agora retido pelos mídia. Quer dizer, quem é falante socialmente é o campo dos mídia.

De outro lado, as mensagens deixam de ser construídas nessa interlocução com o outro e passam a ser também mensagens fechadas. Não adianta propor que durante a realização de uma telenovela, por exemplo, estão sendo realizadas pesquisas que vão orientar sua continuidade, posto que no momento que a telenovela vai ao ar, ela é uma mensagem fechada. Quando muito, em outros programas, “você decide” entre finais previamente gravados. Pode ser que a telenovela enquanto processo seja construída a partir de algum tipo de ausculta da sociedade. Mas no momento que ela vai ao ar, ela é um produto fechado. O que é bastante distinto do procedimento dialógico da comunicação interpessoal.

De outro lado, essa concentração e centralização da emissão em um pólo específico, portanto a fixação do falante, vai obrigar a fixação do outro pólo, tornando os ouvintes em permanentes receptores. Esses meros receptores expressam, na verdade, a constituição das “massas” em seu sentido especificamente comunicacional.

O século XIX é o século da emergência das “massas”. Em vários campos acontece a emergência das “massas” nesse século. De “massas políticas”, de “massas” no campo do consumo, do lazer, da educação, etc. Existe também uma emergência de “massas” no campo especificamente comunicacional, porque a expropriação da fala de grande parte

da população, retira das pessoas o direito dessa fala social, dessa fala mediática. Só os mídia retêm “legitimamente” esse direito. Por este procedimento são constituídas as “massas” na sua trajetória específica da comunicação.

Isso demonstra de modo cristalino que os mídia não são meros intermediários da fala de sujeitos sociais, o que poderia parecer, sem mais. Quando se fala em comunicação esta idéia parece sempre querer emergir. Que a comunicação é uma pura intermediação entre sujeitos sociais, que falam e ouvem. No entanto, não é bem isso. O campo dos mídia sempre é o sujeito da fala. Em conseqüência, ele funciona como um campo de poder, que detém, em boa medida, o dom de publicizar, de dar visibilidade. É o campo que constrói os discursos sobre acontecimentos sociais. Ele constrói esses discursos e os remete à sociedade.

Por conseguinte nós nos encontramos em uma situação de comunicação muito particular. Comunicação não é mais mera intermediação. Comunicação é uma fala, proveniente de um lugar de poder, onde são tomadas decisões, conjunturais e estratégicas, sobre o que falar, o que comunicar e o que silenciar. Isso é algo extremamente importante, que é preciso que seja muito bem compreendido, porque nós estamos então em uma outra situação e em uma outra modalidade de comunicação.

Obviamente, o campo dos mídia é um lugar de poder, é um lugar de decisões, é um lugar de produção de discursos sobre a sociedade, é um lugar de produção de silêncios também. Não só de fala, mas também de silêncios. Silêncio também é um modo de exercício de poder.

Com a nova situação, a comunicação não é um mero instrumento, ela não é pura intermediação, ela é uma ação continuada e estratégica, porque ela não é uma coisa puramente conjuntural, ela torna-se inerente a essa nova sociedade.

Aqui retomo um pouco ao tema da contemporaneidade. Quero desenvolver, na verdade, essa discussão das atuais relações entre comunicação e contemporaneidade.

Em geral, quando se fala dessa relação, logo se apresenta a questão dos efeitos: “quais as ressonâncias sociais da comunicação mediática? Quais seus determinados efeitos sociais?” Até parece que a relação entre comunicação e sociedade se dá essencialmente neste lugar social. E quando se discutem efeitos, isso remete imediatamente também às mensagens que são veiculadas pelos meios. Mensagem como conjunto, imbricamento de conteúdo e forma. Não só conteúdo, mesmo porque na sociedade humana os conteúdos só existem plasmando-se em formas específicas. Todo conteúdo tem sempre uma forma específica.

Assim se reduz a questão: de um lado, a relação entre comunicação e sociedade é a questão dos efeitos, e olhar os efeitos remete imediatamente às mensagens. E, claro, em uma concepção desta, pensa-se sempre a comunicação como algo, obviamente, não tão essencial na sociedade, não tão constitutivo da sociedade. Algo como um adorno: um conjunto de mensagens que adorna, que se agrega a essa sociedade.

É claro que minha hipótese é radicalmente diferente desta possibilidade. A hipótese que eu estou querendo colocar é que o campo dos mídia só existe na contemporaneidade, que esta forma de comunicação só existe no mundo contemporâneo.

Segundo: que é um campo específico essencial, fundante, para configuração da sociedade. E obviamente, ao dizer isso, eu estou me afastando de um conjunto de teorias que pensam o social fundado essencialmente por outros “determinantes”. Não afirmo que a comunicação mediática é a única configuradora da sociedade contemporânea, mas que é um fundamento essencial da sociedade contemporânea. Sem dúvida me afasto de outras teorias que pensariam a base da sociedade contemporânea nas suas relações, seu modo de produção, suas relações econômicas, políticas, sei lá o que.

Sem dúvida, penso a sociedade contemporânea como sociedade capitalista. Hoje certamente como nunca. Porque o que resta de socialismo é, em verdade, um resto de algo que não foi socialismo em momento algum. Como conceber socialismo sem socialização de poder e sem socialização da economia? A confusão instituída entre socialização e estatização não ajuda em nada.

Por que proponho que o campo dos mídia é um campo fundante da contemporaneidade? Por que ele mantém uma relação constitutiva com a contemporaneidade? Eu quero dizer o seguinte: não existe campo dos mídia sem existir contemporaneidade, não existe contemporaneidade sem existir campo dos mídia. É isso que eu estou querendo propor aqui como hipótese. Mas como é que se dá essa relação entre estas duas configurações sociais?

O campo dos mídia, quando emerge a partir do século XIX, vai alterar determinados parâmetros de sociabilidade que foram constituídos na modernidade, que são parâmetros essenciais. Por exemplo: nossa noção, nossas concepções de tempo e espaço, nossas concepções do público e do privado, nossas concepções do que é real e do que é fantasia, do que é real e imaginário.

Um conjunto de concepções que norteiam nossa sociabilidade; de elementos que nos permitem e colocam no mundo, nos fazem, nos dão a possibilidade de viver o mundo. Este conjunto é alterado de maneira significativa a partir da emergência do campo dos mídia. Por exemplo: a modernidade cria uma determinada configuração do que é público e privado. As concepções do que é público e privado variam historicamente. Na Grécia Antiga, a economia era do campo do privado. O campo do público tinha em seu centro a política, lugar onde o cidadãos se encontravam e desempenhavam este papel, na Ágora. As mulheres e os escravos estavam no campo do privado, que era o campo também da economia. Óbvio que na modernidade a economia não é do campo do privado, a economia é do campo do público, da esfera pública, não está na esfera privada. Então a modernidade cria uma determinada configuração de definição do que é público e privado, específica da modernidade. E isso é tão forte, que, por exemplo, na arquitetura das casas está consubstanciada. Existe em uma casa: os lugares que são públicos como a sala de visitas. Ali, pessoas com quem eu não tenho intimidade podem estar em minha casa, mas não no meu quarto. Meu quarto é local que faz parte do espaço do privado, onde só tem acesso aquelas pessoas que privam de alguma intimidade comigo. É um espaço do relacionamento íntimo. A fronteira (arquitetônica) do público e do privado está bastante bem demarcada na modernidade.

O campo dos mídia, na atualidade, constitui uma rede de publicização, portanto de

pertença ao campo do público, que invade “paradoxalmente” o meu quarto, que é do espaço do privado. Então as concepções de público e de privado vão ser redefinidas hoje, assim como as noções de real e imaginário .

Uma das coisas mais marcantes da configuração da modernidade é uma acentuada e cultivada distinção entre o que é real e o que é fantasia. Quer dizer, a modernidade se constitui a partir de um mundo, que é um mundo mágico, um mundo feudal, um mundo religioso, onde a distinção entre o que é o real e o que é o mágico, fantasioso, mito é bastante tênue.

Um dos procedimentos fundamentais da constituição da modernidade é o desencantamento do mundo, na sua formulação weberiana, e a distinção rigorosa do que é mito e do que é o real. Isso faz parte da constituição do iluminismo/esclarecimento e da ciência moderna.

Com a presença dos mídia, essa distinção do que é real e imaginário vai se borrando cada vez mais e essas tecnologias da comunicação vão chegar no seu limite, ao que nós chamamos hoje de realidade virtual, que, já no seu título, é um paradoxo, porque a realidade é virtual. Nestes equipamentos realidade e fantasia não mais se distinguem, tão radicalmente. Alguém que seja colocado em um simulador de vôo, sem ter a noção que foi colocado lá, em boa medida vai vivenciar aquilo enquanto “realidade”. Se este alguém tem consciência desta passagem, claro que a percepção e o comportamento poderão ser outros. Mas se não percebe essa passagem, ele não terá nenhum parâmetro para diferenciar uma experiência “real” de outra “experiência” virtual. Porque existe uma sócio-tecnologia hoje, que, em verdade, embriaga nossos sentidos, totalmente.

E mais fundamental ainda: a nossa concepção e construção de “realidade” que foi historicamente constituída a partir da experiência convivenciada, portanto em presença do(s) outro(s) e das coisas sofre forte abalo em um mundo habitado cada vez mais por (tele)presenças.

Para parodiar um filósofo que eu não gosto, mais literato que filósofo em verdade, Ortega y Gasset, podia se conceber a realidade em um determinado mundo com base na formulação que “eu sou eu e as minhas circunstâncias”. Então isso correspondia a um momento histórico dado, hoje dificilmente poderíamos derivar deste pressuposto uma “realidade”. Por que não? Porque a nossa concepção de realidade hoje não é constituída somente a partir da convivência. Em boa medida, o que nós percebemos como realidade hoje, nos chega, a partir de uma televivência. Em outras palavras: de determinadas informações e acontecimentos que eu não experimento, que eu vivencio só entre aspas. Eu não tenho convivência com isso, eu tenho uma televivência, uma vivência à distância, e bota aspas nessa vivência. Porque essa vivência não é experiência no sentido anterior da palavra experiência. Então o real para mim é essa conjunção do que eu convívencio com o que eu televivencio. Nessa conjunção eu (con)formo minha concepção do que é real. É claro que hoje faz parte da minha realidade o que está acontecendo no Leste Europeu. No entanto eu não tenho nenhuma experiência de convivência com o Leste Europeu. Uma pessoa individualmente pode até ter, mas toda uma coletividade não.

Por conseguinte, a própria constituição do que compreendo como realidade é

totalmente diferenciada e modificada. E isso é forte, porque nós estamos no limiar de não só ter uma convivência, uma televivência, mas com a informática e suas derivações comunicacionais, de ter um novo e. outro tipo de “vivência”, de elemento configurador de sociabilidade. Nós temos a possibilidade de ter um novo tipo de relação com o mundo e com os outros. Uma relação individualizada “interativa”, mas que não tem nada a ver de uma experiência concreta de compartilhar no imediato com essa pessoa. Com as redes informáticas nós podemos, por exemplo, ter uma relação pessoal extremamente definida com uma pessoa que está na Índia, a partir de uma rede de informática, tipo Internet, em uma discussão de um determinado trabalho. Essa relação é pessoal, ela está em um plano que é próximo ao plano da experiência, tal qual nós entendíamos anteriormente, mas no entanto ela não tem nada de convivência. Porque na televivência nós temos uma vivência com algo que não diz respeito a nossa convivência, algo distante de nós. É algo meio impessoal. Com essa rede de informática, nós vamos criar uma nova dimensão para a sociabilidade contemporânea, um cyberspaço. Mas isso é uma coisa que está se configurando ainda.

O campo dos mídia, a partir da tecnologia que ele vai constituindo, abre possibilidades quase infinitas. Se a gente quer pensar na área de Saúde uma das matérias recentes do Jornal Nacional dizia da possibilidade de tratamentos à distância. Uma coisa que foi experimentada na Guerra do Golfo, quando se ligou em rede os acampamentos médicos americanos com um hospital localizado em território americano. Então foram realizados tratamentos à distância, inclusive orientadas intervenções cirúrgicas.

O que importa é isso: são maneiras do homem estar no mundo, muito diferenciadas. Só o homem contemporâneo tem a possibilidade de ter esses tipos diferenciados de estar no mundo. A humanidade nunca deteve tais possibilidades. Os outros homens, nossos antepassados, não tiveram acesso a estas experiências. A existência de máquinas informatizadas, teletratamentos, teleinformação, teleintervenções cirúrgicas, é muito significativa como mônadas para compreender a sociedade contemporânea.

Assim nós temos uma mudança dos parâmetros que governavam o mundo moderno, temos, com esse campo dos mídia, a constituição de uma dimensão pública. Não vou chamar de espaço público, porque, na verdade, existe um espaço público que foi constituído classicamente no período da ascensão da burguesia. Que é o espaço da praça, que é o espaço do parlamento, etc. Alguns autores, como Habermas, por exemplo, falam especificamente de espaço público. Mas esse espaço público não propriamente constituído pela burguesia, mas constituído inclusive a partir das lutas dos trabalhadores, das mulheres, etc, se configura em espaço público, em espaço de convivência. É um espaço público de convivência.

Eu quero dizer o seguinte: o campo dos mídia inaugura uma coisa diferente. Portanto o campo dos mídia não inaugura propriamente um espaço público, pois esse já existia, como espaço alargado de convivência. Ele inaugura algo distinto: ele vai forjar uma outra e nova dimensão pública. Essa dimensão pública que tem características extremamente diversas do espaço público tradicional, que é o espaço da praça, do

parlamento, da convivência nas ruas, das barricadas, das revoluções nas ruas, dos cafés, da boêmia.

Um outro espaço que não supõe a presença. Ou só supõe a presença enquanto signo. Isto é, requer o signo que presentifica o ausente. O campo dos mídia inaugura uma dimensão pública própria da sociedade contemporânea que tem muito pouco a ver com o chamado espaço público.

Temos novos parâmetros de sociabilidade, temos uma dimensão pública nova, que configura outra forma do homem viver, portanto, o contemporâneo, de estar e ser no mundo. Com a conjunção destes componentes vamos ter, na verdade, uma nova sociabilidade. E essa nova sociabilidade é o que se denomina de contemporâneo. É a maneira do homem estar e ser no mundo contemporâneo.

Nesse sentido, eu não posso pensar essa maneira do homem estar e ser no mundo contemporâneo, sem pensar no campo dos mídia. É impossível pensar essa sociabilidade sem o campo dos mídia. Então ele não pode ser considerado um mero agregado. Não se pode encontrá-lo por simples opção e ato de vontade. Ao estar no contemporâneo eu tenho que lidar com ele, porque ele faz parte fundante do contemporâneo.

Concluindo, o campo dos mídia emerge e começa a se constituir com os meios impressos, como o jornal, no sentido contemporâneo da palavra, mas, em verdade, ele passa a ter sua característica própria a partir da invenção do cinema. Porque o cinema é que traz a imagem, e esse campo dos mídia, hoje em dia é hegemônico pela imagem. Ele é antes de tudo um campo governado pela lógica da imagem. Da imagem e do som, mas com primazia pela lógica da imagem. E obviamente a imagem, se nós estamos pensando em termos de conhecimento, difere da escrita e tem implicações bastante diferenciadas em termos do conhecimento.

Nós que lidamos com conhecimento, em geral, temos uma má vontade, a academia tem uma má vontade imensa com a imagem. Não só a academia, os políticos muitas vezes têm também. Por exemplo, a legislação eleitoral de 1994. Fazer legislação eleitoral para cada eleição, supõe que a cada eleição vai haver um jogo de poder onde pode-se prejudicar o outro que está concorrendo já na produção da regra eleitoral. Mas, retornando ao tema, a legislação eleitoral de 1994, um exemplo recente, tem uma má vontade completa com a imagem. Ela investe contra o que é central no campo dos mídia, que é a imagem. Pois as externas - ou seja a “realidade” retratada, é claro retratada é no sentido de retrabalhada, via imagem - foram sumariamente proibidas.

Porque no fundo, o que está por trás disso é uma certa concepção que imagem engana, imagem é espetáculo e que imagem não traz, ou é, conhecimento. Isso é um equívoco enorme de quem tem uma concepção de conhecimento toda marcada e toda organizada dentro da lógica do verbo escrito. Ao lidar só com palavras, e a Ciência trabalha fundamentalmente com palavras escritas, pode-se ter má vontade de reconhecer que há um determinado tipo de saber que se dá pela imagem e dificilmente se realiza através de palavras.

Porque a imagem olha o singular, ela é essencialmente o singular. No trabalho da linguagem, dessa linguagem verbal que utilizamos, nós trabalhamos com palavras, e elas

têm uma dificuldade imensa de lidar com o singular. Quando eu falo em “cadeira”, se eu quero falar dessa cadeira aqui, eu tenho que trabalhar muito para explicar que é essa cadeira aqui, porque as palavras conduzem sempre a certas abstrações, as palavras trabalham em certa zona de abstração. A linguagem escrita, a linguagem verbal, tem essa característica específica. Daí ser tão fácil você teorizar e abstrair, porque é próprio desse tipo de linguagem.

A “linguagem” do audiovisual, não. É a “linguagem” do singular. Ela remete ao singular, ela mostra aquela cadeira, com as características específicas daquela cadeira. Então ela traz o conhecimento do singular, que muitas vezes as palavras não conseguem reter. Mas, é claro que as palavras nunca querem reconhecer isso. Os usuários das palavras acham que o conhecimento só se dá no abstrato, na abstração. Só se dá no racional, portanto. Só se dá naquilo que rompe, em uma coisa absolutamente desumana, que rompe o racional do afetivo, do emocional. O conhecimento que as imagens nos oferece é o conhecimento dessa junção entre o racional e o emocional. É uma recuperação daquilo que é efetivamente humano, ou seja, a junção complexa do racional com o emocional. Não é esse rompimento que nós, na sociedade ocidental, construímos.

Agora, só para colocar ainda mais lenha na fogueira, no caso brasileiro, essa situação do campo dos mídia é mais dramática ainda. No caso brasileiro existe uma quase exclusão de 70% da população do acesso ao mercado, à cidadania e à cultura. No plano econômico, por volta de 70% dos brasileiros estão fora de um efetivo mercado de consumo; no plano político, parte significativa da população não tem uma cidadania plena; no plano cultural se não se tem acesso à escola, efetiva ou eficiente, quanto mais aos bens culturais. No entanto, esse quadro todo de não-integração, de apartação social, é complicado por uma “integração” de toda essa população excluída socialmente através de um acesso (quase gratuito) ao campo dos mídia, especialmente de seus meios audiovisuais. Quer dizer, no Brasil talvez o único campo efetivamente integrador é o campo dos mídia. Isso é uma situação muito singular, muito brasileira. O que potencializa, inclusive, muito o peso desse campo em comparação com outros países. Mas isso apenas radicaliza a potência do campo dos mídia.

Minha visão que é a seguinte: eu trabalho muito a partir de uma noção de Adorno, que é a noção de campo de forças. A sociedade, como um todo, é um campo de forças. O próprio campo dos mídia também é um campo de forças, onde existem algumas tensões. Por exemplo: o campo dos mídia tem uma legitimidade que deriva da promessa de dar visibilidade ao social. Ele é legitimado, ele é aceito socialmente, ele é reconhecido como necessário à sociedade por tal promessa. Isso pesa sobre a prática desse campo. Isso nunca é uma simples promessa vã. Ele tem que realizar em boa medida o prometido, ainda que não realize integralmente. E isso cria, obviamente, uma tensão entre essa necessidade que passa a ser uma exigência da sociedade, e determinados interesses particulares dos mídia. Por exemplo, eles querem silenciar determinados acontecimentos, como por hipótese: uma emissora de televisão tem interesse de esconder, por exemplo, uma determinada mobilização, como aconteceu com a campanha das Diretas. Mas aquela

promessa e a prática decorrente e legitimadora obrigam o veículo, aquele mídia, a responder essa demanda, que é uma demanda da sociedade. Porque a legitimidade desse campo deriva do restante dos campos sociais. Então temos uma série de tensões e contradições que perpassam este campo. Estas tensões têm que ser compreendidas, trabalhadas e desenvolvidas. Essa noção de campo de força, não permite que se afirme, por exemplo, que a televisão elegeu um presidente. Estou dizendo isso muito à vontade, porque minha área de pesquisa específica hoje tem sido Comunicação e Política. Eu realmente não acredito que televisão eleja um presidente. Mesmo no Brasil, mesmo com esse peso imenso que a televisão tem. Por quê eu não acredito nisso? Porque você está descolando a televisão de todo esse campo de forças que é a sociedade, está retirando a televisão do campo de forças que é o campo dos mídia, e concentrando nela todo um poder que só existe enquanto relação social. Esta é uma hipótese muito temerária, portanto. Porque a televisão só vive e se realiza no seio das contradições e da complexidade sociais.

Em segundo lugar, ao se atribuir à televisão toda esta potência, está se desconhecendo todo um conjunto de mediações, que a sociedade comporta. Isso não quer dizer que a gente não tenha de considerar a comunicação hoje como um poder social significativo. A minha intervenção, só para concluir, era muito no sentido de tentar diagnosticar esse campo efetivamente. O que é que ele é efetivamente? Existe ou não existe uma fixação da fala nesse campo? Existe. Se pensarmos em termos da teoria da Comunicação, eu acompanho Baudrillard até um determinado momento. Concordo com Baudrillard até o momento que ele diz que há tendencialmente um monopólio da fala, porque essas contemporâneas sócio-tecnologias tendem a monopolizar a fala. Eu acho que ele tem razão. Ele está correto. Isto não quer significar que ao pensar dessa maneira se aceite automaticamente suas conclusões. Esta postura coloca desafios maiores. Se este aspecto concentrador está embutido nesta sócio-tecnologia é preciso ver quais suas ressonâncias sociais, como a sociedade se comporta frente a isso. Essa que é a questão. Como a sociedade pode, sabendo disso, pensar democraticamente essa questão e democratizar os mídia. Este é um desafio essencial do mundo contemporâneo, inclusive para democracia na sociedade: pensar como o campo dos mídia pode ser democratizado. Não é um desafio intransponível porque historicamente a democracia foi sempre um acúmulo de novos direitos. Determinados problemas eram colocados, a sociedade respondia a esses problemas, incorporava novos direitos e a democracia foi se ampliando, foi conseguindo ganhar substância. Então a democracia contemporânea tem aí uma questão chave, porque sem a democratização da comunicação, a própria realização da democracia na sociedade contemporânea está interdita.

COMUNICAÇÃO E SAÚDE: A COMPLEXIDADE DOS CONCEITOS E O DESAFIO DAS PRÁTICAS

Áurea Maria da Rocha Pitta*

A tentativa de fazer conversar os campos da Saúde Coletiva e da Comunicação, nos leva a perguntar inicialmente se existe uma comunicação "em Saúde" como objeto único de reflexão e prática, ou se estamos diante de uma série de questões conceituais e operacionais apresentadas pelo campo da Saúde Coletiva que vem demandando contribuições de novos modelos teóricos e operacionais em comunicação.

Foi assim, no sentido de situar o estado da arte das discussões setoriais sobre o tema, que procuramos traçar, como foi solicitado pela organização deste encontro, um panorama das discussões político-institucionais do período 1989-1993 ⁽¹⁾.

A título de introdução é interessante ressaltar que, desde a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública em 1920, registra-se uma associação da educação sanitária a técnicas de propaganda, "uma novidade" que surge com a Reforma Carlos Chagas - proposta coerente com as teorias explicativas do fenômeno da comunicação do início do século⁽²⁾. Assim, nesse contexto, já se propõe a "Introdução da propaganda e educação sanitárias na técnica rotineira de ação, ao contrário do critério puramente fiscal e policial até então utilizado" ⁽³⁾.

A partir da segunda metade do século, com as propostas de planejar o desenvolvimento, as práticas de comunicação - sempre associadas à educação - desenvolvidas pelas instituições governamentais de saúde, passam a se encarregar de uma dimensão "não racional" do planejamento, buscando responder por um certo "espírito de relutância" das pessoas em se ajustar às normas sanitárias previamente definidas pelas instituições de saúde pública - pré-requisito para a integração do indivíduo à uma nova ordem de desenvolvimento.

Mas é a partir da década de 70 que se constata a adoção, pelo campo da administração sanitária, de inovações como o "ajuste da linguagem" à "população alvo" como forma de transferir conhecimentos ou propor "modelos de comportamento" a indivíduos ou grupos de indivíduos. A verticalidade destes processos levam à formulação, por movimentos pedagógicos mais críticos, de propostas que indicam uma necessidade de horizontalização do diálogo, ou do diálogo entre iguais, que tem como principal expressão, na década de 60, o trabalho de Paulo Freire.

De forma coerente com a concepção "vertical" - focalista e instrumental - de comunicação, é neste período que se "opera" a transformação e legitimação do chamado modelo médico estatal-privatista de atenção à saúde, apoiado na difusão massiva da

* Bióloga, Radialista, Mestra em Saúde Coletiva, Pesquisadora do Núcleo de Vídeo do Centro de Informação Científica e Tecnológica da Fundação Oswaldo Cruz.

ideologia do consumo promovida a partir da década de 50 no país. A saúde, nesse contexto, passa a ser regularmente oferecida à população - e disto se encarrega o chamado complexo médico-industrial, através especialmente da TV - como algo que se adquire a partir do consumo de alimentos industrializados, medicamentos, tecnologias, serviços privados, ou vacinas - único serviço oferecido de forma mais permanente pelo campo governamental ⁽⁴⁾.

Constitui-se assim, uma espécie de "modelo" em comunicação aplicado à saúde: enquanto as instituições governamentais de saúde buscam aperfeiçoar estratégias de comunicação no sentido de propor comportamentos a indivíduos com vistas a "modelar" formas de prevenção e participação, oferecendo paralelamente serviços de baixa resolutividade a uma população de baixa renda, o mercado, em especial através da TV, se encarrega de oferecer saúde e cura - através do consumo de mercadorias ou dos serviços médicos privados e procedimentos de alta tecnologia. Uma expressão, no campo dos "significantes", do pacto que sustenta o desenvolvimento modernizador do Estado brasileiro ⁽⁵⁾.

No entanto, se durante os anos 70 as políticas governamentais de comunicação/educação em saúde se caracterizam pela busca de "adesão" às prioridades previamente estabelecidas pelo campo governamental, os anos 80 - contexto do aprofundamento da crise da Previdência Social trazem à tona as condições para o desenvolvimento de novas concepções de trabalho no campo da Comunicação aplicada à saúde.

Surgem, neste período, preocupações com a criação de instrumentos de racionalização, controle de gastos públicos e institucionalização de mecanismos de gestão colegiada dos recursos para a saúde, necessidades de análise da situação dos sistemas de informações como instrumentos de gerência das Ações Integradas de Saúde - AIS - e, ainda, com a necessidade de participação efetiva da população no processo de tomada de decisões no âmbito do planejamento e da gestão dos serviços de saúde.

Assim, é neste contexto que emerge a noção de saúde como direito civil - um contraponto ao entendimento de que saúde é um direito que se adquire com o trabalho politizando e desmedicalizando a tradicional concepção "técnico-científica" de acesso à saúde. É esta concepção de saúde como direito que passa, progressivamente, a informar a crítica às concepções hegemônicas de comunicação na saúde e a necessidade de superação da supremacia dos campos médico, técnico e científico e seus discursos como pontos de partida das práticas.

Em 1986, o relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde já aponta como um dos pressupostos do direito à saúde a "Educação e Informação plenas, participação da população na organização, gestão e controle dos serviços e ações de saúde; direito à liberdade, à livre organização e expressão..." ⁽⁶⁾.

Paralelamente, a Constituição de 1988 aprova dispositivos que apontam para o controle da propaganda de medicamentos, cigarro e álcool ⁽⁷⁾.

No entanto, apesar desses avanços no plano jurídico-legal, constata-se, desde o final da década, *regularidades* nos discursos da mídia em nada favoráveis, no plano

simbólico, aos avanços em direção à conquista do direito à saúde. Estas regularidades, expressão da tensão entre um projeto publicista e outro neoliberal para a saúde, se apresenta como um jogo de visibilidades passível de ser compreendido a partir da análise de processos concretos de construção e circulação dos discursos sociais em saúde na mídia.

É desta forma que, neste contexto, à invisibilidade do "SUDS" corresponde também uma grande visibilidade dos seus problemas, "desvios" e posições contrárias ao processo de reorganização dos serviços públicos de saúde a partir da concepção publicista. A mesma lógica se reproduz em relação a algumas patologias: à maior visibilidade das questões em torno da AIDS - muitas vezes em função do sensacionalismo - corresponde a exclusão, dos chamados problemas do "subdesenvolvimento" como Chagas, Malária, falta de saneamento básico e problemas de saúde causados pela poluição, entre outros ⁽⁸⁾.

Mas, se o final dos anos 80 é marcado por uma maior visibilidade da crítica, o início dos anos 90 pode ser caracterizado como de expressão, nos textos legais, de alguns direitos e garantias no que diz respeito ao acesso à informação e à comunicação "em saúde".

O acesso às informações como direito assume contornos específicos do campo da saúde como retratam capítulos da Lei Orgânica de Saúde ⁽⁹⁾.

O código de Defesa do Consumidor é aprovado em 1991 com dispositivos que permitem o controle pela sociedade da propaganda enganosa ⁽¹⁰⁾.

No que diz respeito às mediações entre população e poder público, institucionalizam-se os Conselhos de Saúde - espaços colegiados com poder deliberativo nas diferentes instâncias do Sistema Único de Saúde ⁽¹¹⁾.

No plano das discussões setoriais, destacamos propostas operacionais de organização de centros de referência de "materiais informativos e institucionais" (que contariam com vídeos, revistas, boletins, informes sobre as atividades dos conselhos de saúde, entre outros) e de "centros de documentação" na "base do sistema", ao mesmo tempo que se propõe uma relação "pedagógica" com a grande imprensa de modo a transformar em notícias assuntos que, a princípio, possam não ser de seu interesse ⁽¹²⁾.

Em 1992, o temário da IX Conferência Nacional de Saúde de 1992 sugere uma relação entre Comunicação e o processo de democratização do Estado brasileiro. Em seu relatório preliminar pode-se observar referências aos meios de comunicação de massas: ora exaltados pela sua importância como espaço de denúncias sobre desvios de recursos públicos, ora criticados pela difusão de uma concepção de saúde permanentemente associada à medicalização e ao consumo de bens e serviços privados de saúde ⁽¹³⁾.

Em 1993 a Informação é assumida no discurso oficial como direito de cidadania: "...o acesso à informação é um direito e não pode ser compreendido como um favor do setor público ou privado..." ⁽¹⁴⁾.

Ao mesmo tempo, pode-se identificar nas discussões setoriais um leque de práticas institucionais de Comunicação que não se limitam às tradicionais atividades de assessoria institucional junto à grande imprensa ou ao apoio à atividades educativas. Identifica-se

como estratégias de produção e circulação de informações: a distribuição de legislação atualizada em saúde e direitos sociais à população - "pacotes do cidadão", atendimento telefônico ao usuário nos municípios, balcões de informação e reclamações, estratégias de prestação de conta à população, produção de glossários de termos técnicos e apostilas para apoio aos conselheiros de saúde, estratégias de divulgação de pautas e decisões de Conselhos de Saúde ⁽¹⁵⁾.

No que diz respeito aos planos privados de saúde são diagnosticados problemas para os quais chamamos a atenção: as pessoas que buscam os planos privados muitas vezes não compreendem os contratos que assinam. O texto dos contratos "são cheios de termos técnicos, letras miúdas e omissão de elementos essenciais à informação do consumidor" como é o caso dos critérios de reajuste. De forma coerente, constrói-se cotidianamente através da mídia uma imagem de "abrigo seguro" contra as crises do sistema público de saúde muitas vezes à base de publicidade enganosa ⁽¹⁶⁾.

A estas questões incorporam-se outras, relacionadas ao cotidiano dos Conselhos de Saúde e movimentos sociais ⁽¹⁷⁾. Aponta-se o risco de transformação dos Conselhos de Saúde em espaços de reatualização do modelo médico de atenção à saúde. Pode-se identificar uma preocupação entre os movimentos populares com a natureza das representações nos Conselhos e com o condicionamento das demandas dos movimentos e entidades ao que as instituições de saúde são capazes de *ouvir*.

Alguns Conselhos passam a constituir ouvidorias ou outras instâncias mais diretas de mediação entre instituições de saúde e população de forma a não permitir que os processos participativos se esgotem nos espaços representativos - já que a própria relação entre conselheiros e suas bases é tomada como precária e como um dos mecanismos de fragilização do processo representativo acrescido de que, muitas vezes, as representações se estruturam a partir de patologias.

A invisibilidade pública das pautas e decisões dos Conselhos de Saúde também é apontada como problema, já que a maioria - segundo conselheiros, por não desenvolver estratégias junto aos meios de comunicação - perdem a possibilidade de exercer o papel de "caixa de ressonância" das demandas sociais, um problema que, em nosso entender, está intimamente associado às restrições do exercício do direito à comunicação no país, dado o grau de monopolização e privatização dos meios de comunicação de massas ⁽¹⁸⁾.

A análise dessas mediações entre o campo governamental e não governamental passa a ser assim fundamental para o processo de superação de modelos de participação que "ortopedizam" as possibilidades de discussão restringindo-as às possibilidades de resposta do "sistema".

A compreensão das formas de exercício destas mediações não se constituem num mero *exercício acadêmico*, como poderiam imaginar os mais pragmáticos, mas são necessárias ao avanço do processo de institucionalização democrática e do desenho de estratégias concretas que possibilitem o permanente exercício da pluralidade e do dissenso, favorecendo o combate à cooptação e incorporação de movimentos e entidades às propostas de implantação de modelos de atenção à saúde socialmente excludentes.

Como desafios apontados nas discussões se propõe uma ausculta às demandas

sociais concretas; a consolidação de redes locais de mediação e expressão de interesses e demandas como forma de superação da fragmentação dos movimentos sociais; uma relação mais "cotidiana" do cidadão com o Ministério Público, com os Institutos ou entidades de Defesa do Consumidor, Universidades, poderes Legislativo e Judiciário; de consolidação de processos de controle e fiscalização não apenas das ações do setor público, mas ainda da iniciativa privada ⁽¹⁹⁾.

Em relação ao processo de fortalecimento dos próprios movimentos, há propostas de maior institucionalização e visibilidade pública das instâncias de articulação entre movimentos populares, com a incorporação pelas mesmas não apenas de assessorias jurídicas, mas também de comunicação ⁽²⁰⁾. Este poder de vocalização de demandas, abririam, segundo experiências concretas, possibilidades de veiculação ou de "consagração pública" de atores sociais, concepções de saúde e discursos não hegemônicos.

Desenham-se também propostas de fortalecimento das relações entre cidadãos, movimentos e entidades com o Ministério Público, através de audiências públicas em bairros populares, que permitiriam "orientar população à respeito do significado e das formas de encaminhamento de suas demandas", garantindo o acolhimento de demandas dos cidadãos e movimentos populares conforme previsto na Lei Orgânica do Ministério Público - Lei Federal no. 8625, de 12 de fevereiro de 1993 ⁽²¹⁾.

Para finalizar, é necessário compreender que há uma "economia" dos processos de construção de significantes pela mídia que acaba por determinar "jogos de visibilidades" e regularidades no espaço virtual: expressão de visões de mundo, interesses e subjetividades. É necessário compreender portanto que os meios, pela forma como organizam a dimensão virtual da realidade social e de saúde do país, não são capazes de "refletir" essa realidade.

Essa dimensão virtual das coisas é construída durante os processos de produção e de circulação, acabando por reorganizar a própria noção de relevância pública e definindo visibilidades sociais e em saúde que passam a funcionar como "referentes" ou poderes organizadores de práticas sociais e ações políticas concretas - subjacentes aos processos de construção das representações do que seja saúde, necessidade de saúde e formas de superar essas necessidades.

Assim, torna-se fundamental que a uma saúde como direito passe a corresponder uma Comunicação como direito, o que pressupõe a construção de garantias de espaços de expressão pública de novas visibilidades - atores sociais, interesses e demandas da sociedade brasileira.

Isso nos obriga a buscar propostas operacionais e estratégias de comunicação para além das concepções restritivas, focalistas e comportamentalistas de comunicação que caracterizam as práticas institucionais dos anos 60-70.

Há que se construir assim um "modelo" nem "vertical" nem "horizontal" de comunicação, *mas um modelo operacional ampliado: que permita o desenho de estratégias de construção de novas visibilidades, regularidades, velocidades de comunicação, mediações entre campos sociais.*

Um "jogo de final aberto" que não corresponde nem à verticalidade dos modelos de comunicação utilizados pela saúde coletiva na década de 70 - de uma relação Estado/Sociedade ao estilo "centro-periferia", nem à horizontalidade que tem como pressuposto a comunicação como diálogo entre iguais.

É este, em nossa interpretação, o modelo comunicacional para a Saúde Coletiva a ser melhor desvendado, a requerer mais análise e propostas operacionais que possam romper pouco a pouco os espaços, ainda hegemônicos, dos nossos silêncios cotidianos.

Uma "operacionalidade" quem sabe, a ser amadurecida e "publicamente consagrada" durante os debates que se iniciam na sociedade brasileira em direção à 10ª Conferência Nacional de Saúde.

NOTAS:

- (1) Pitta, A.M.R. A Comunicação Serviços de Saúde-População: modelos explicativos e desafios a partir de discussões recentes. Dissertação de mestrado apresentada ao Instituto de Medicina Social da UERJ para obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva. Agosto de 1994.
- (2) Nas décadas de 20 e 30 surgem estudos e teorias que buscam explicar a relação entre a novidade da comunicação de massas - o rádio e o cinema se consolidam como instrumentos de propaganda política - e sua relação com regimes totalitários. A conduta era explicada segundo um modelo "emissor-receptor": aplicação de estímulos ambientais e respostas de massa a estes estímulos. Sobre o tema ver Alsina, M. R. Los Modelos de la Comunicación. Madri: Editorial Tecnos, 1989 e Ortiz, R. A moderna tradição brasileira: Cultura Brasileira e Indústria Cultural. Editora Brasiliense, 1993 4.ed.
- (3) Ver Rodrigues, B.A. Fundamentos de Administração Sanitária. 1ª ed. Programa de Publicações didáticas. Agência Norte Americana para o Desenvolvimento Internacional - USAID. Rio de Janeiro, 1967:114; e ainda do mesmo autor Fundamentos da Administração Sanitária. 2ª ed. Programa de Publicações Didáticas. Agência Norte Americana para o Desenvolvimento Internacional - USAID. Rio de Janeiro, 1979.
- (4) Sobre o tema, consultar, entre outros, CORDEIRO, H. A Indústria da Saúde no Brasil. 1985; TEMPORÃO, J.G. A Propaganda de Medicamentos e o Mito da Saúde. GRAAL 1986; LEFÈVRE, F. O Medicamento como mercadoria Simbólica; Sodré, M. A Máquina de Narciso - televisão indivíduo e poder no Brasil São Paulo, Cortez Editora, 1990.
- (5) Ver Fiori, J. L. Para uma Economia Política do Estado Brasileiro. 1992. Mimeo; Mendes, E.V. As Políticas de Saúde no Brasil anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: MENDES, E.V. (org.) Distrito Sanitário. O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. SP/RJ, HUCITEC\ABRASCO, 1993.
- (6) ANAIS DA VIII Conferência Nacional de Saúde, 1986:383.
- (7) CONSTITUIÇÃO FEDERAL, capítulo V: "Da Comunicação Social", art. 220:
Parágrafo 3, II: "estabelecer meios legais que garantam à pessoa e à família a possibilidade de se defenderem de programas ou programações de rádio e televisão que contrariem o disposto no art. 221, bem como a propaganda de produtos, práticas e serviços que possam ser nocivos à saúde e ao meio ambiente."
Parágrafo 4: "a propaganda comercial de tabaco, bebidas alcoólicas, agrotóxicos, medicamentos e terapias estará sujeita a restrições legais, (...) e conterá, sempre que necessário, advertência sobre os malefícios decorrentes de seu uso."
- (8) ESMIG\FUNED, NESP\UnB, ISSP\SES-SP Relatório Final do Seminário "Saúde e Comunicação Social", BH, mimeo, 1989-1990.
- (9) A LEI ORGÂNICA DA SAÚDE - Lei nº.8080 dispõe:
art. 5: São objetivos do Sistema Único de Saúde:
I- a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde.

art.6: Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde-SUS:

par. 3 item V: "informações ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e à empresas sobre riscos de acidente de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão respeitadas os preceitos da ética profissional.

art. 7: "As ações e serviços públicos...e privados contratados...obedecendo aos seguintes princípios:

V- direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde.

art. 17: A direção estadual do Sistema Único de Saúde-SUS, compete:

XIV: "acompanhar, avaliar, divulgar os indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da unidade federada".

(10) O CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR - Lei 8078\90 - dispõe:

Seção III, Da Publicidade: A publicidade deve ser veiculada de tal forma que o consumidor, fácil e imediatamente, a identifique como tal.

Parágrafo 1. O fornecedor, na publicidade de seus produtos ou serviços, manterá, em seu poder, para informação dos legítimos interessados, os dados fáticos, técnicos, científicos que dão sustentação à mensagem.

Art. 37 É proibida toda a publicidade enganosa ou abusiva.

& 1. É enganosa qualquer modalidade de informação ou comunicação de caráter publicitário inteira ou parcialmente falsa, ou, por qualquer outro modo, mesmo por omissão, capaz de induzir em erro o consumidor a respeito da natureza, características, qualidade, quantidade, propriedades, origem, preço e quaisquer outros dados sobre produtos e serviços.

& 2. É abusiva, dentre outras, a publicidade discriminatória de qualquer natureza, a que incite à violência, explore o medo ou a superstição, se aproveite da deficiência de julgamento e experiência da criança, desrespeite valores ambientais, ou que seja capaz de induzir o consumidor a se comportar de forma prejudicial ou perigosa à sua saúde ou segurança.

& 3. Para os efeitos deste código, a publicidade é enganosa por omissão quando deixa de informar sobre dado essencial do produto ou serviço.

& 4. Quando o fornecedor de produtos ou serviços se utiliza de publicidade enganosa ou abusiva o consumidor poderá pleitear indenização por danos sofridos, bem como a abstenção da prática do ato, sob pena de execução específica, para o caso de inadimplemento, sem prejuízo da sanção pecuniária cabível e de contra-propaganda, que pode ser imposta administrativa ou judicialmente. (VETADO)

Art.38 O ônus da prova da veracidade e correção da informação ou comunicação publicitária cabem à quem as patrocina.

(11) Lei 8142\90 - Lei dos Conselhos de Saúde.

(12) FIOCRUZ\MS. Proposta Preliminar para uma Política de Informação, Comunicação Social e Educação em Saúde. RJ, junho de 1990, mimeo.

(13) Ver IX Conferência Nacional de Saúde. Relatório preliminar. Brasília, agosto de 1992.; IX Conferência Nacional de Saúde. Relatório Final. Brasília agosto de 1992.

(14) Ver MS\GERAS Documento Básico. Brasília, 1993

(15) ABRASCO\MS Relatório Final da Oficina de Trabalho Incentivo à Participação e Controle Social no SUS IN: Série Saúde e Movimento n.1. ABRASCO, 1995.

(16) ABRASCO\MS, op.cit.

(17) ABRASCO\MS, op.cit.

(18) Ver RAMOS, M.C. Educação, Comunicação e Cultura na Transição Pós-moderna In: Comunicação e Cultura Contemporâneas, NOTRYA\COMPÓS, 1993; RAMOS, M.C. A agenda percebida: meios de Comunicação e Revisão Constitucional In: Revista Universidade e Sociedade n° 5, Ano III, 1993 pp 15-20.

(19) ABRASCO\MS, op.cit.

(20) ABRASCO\MS, op.cit.

(21) A Lei determina que o promotor é obrigado a atender a qualquer cidadão e encaminhar solução para seus problemas - uma garantia a ser tomada mais visível para a sociedade brasileira. Ver ABRASCO\MS, op.cit.

EXPERIÊNCIAS DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE

INFORMAÇÃO EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE SANTOS

Vilma Madeira*

Vamos apresentar a experiência da área de informação em saúde de Santos baseada nos conceitos de informação e de comunicação. Faz parte de nosso cotidiano tentar trazer a teoria para a prática e a prática para a teoria. Colocaremos um terceiro componente que é a técnica. Por que colocar esse terceiro item nessa discussão? Nós técnicos da saúde tentamos passar aquilo que conhecemos como verdade para nossos usuários e nem sempre escutamos esses usuários, ou seja, a população que está no cotidiano de nosso trabalho que também tem outra verdade que não necessariamente essa que nós técnicos trabalhamos.

Na Secretaria de Higiene e Saúde de Santos começamos a trabalhar com conceitos, como o de acesso aos cuidados com saúde. Tentamos trabalhar isso como garantia do direito à saúde, como a premissa à garantia desse direito, através do atendimento às necessidades percebidas da população, e não necessariamente as que nós técnicos definimos como suas necessidades. Ocorre então que o acesso à informação traz a possibilidade do usuário interagir com todo o Sistema de Saúde. É o sistema de saúde voltado para as necessidades da população e a população interagindo com o sistema, em busca de uma resposta efetiva, de modo a transformá-lo e transformar-se.

O que pretendemos atingir com tais conceitos? Uma comunicação que não seja de canal único. Não pretendemos, enquanto Secretaria de Saúde, enquanto trabalhadores da saúde, passar um saber técnico sem recolher, no mesmo processo, as informações da população, o saber que os usuários têm da prática da saúde.

Iniciamos o trabalho em Santos com um modelo que foi se transformando na

* SIS/Secretaria Municipal de Saúde de Santos. SP

medida em que os problemas foram surgindo. Nesse modelo criamos o Centro de Documentação e Informação - CDI em janeiro de 1991, órgão responsável por trabalhar todas as questões da área de informação em Saúde do município. Nesse Centro existiam três grandes grupos: Grupo de Informática em Saúde (GIS), que trabalha com a informática, porém como técnica e instrumento da área de informação; Grupo de Apoio à Pesquisa (GAP); Grupo de Documentação e Comunicação (GDC).

A proposta, com esses três grupos, foi trabalharmos nas áreas de informação e saúde. Hoje esses grupos extrapolam os limites anteriormente propostos. O que achamos que seria o modelo ideal, o desenho do Centro de Documentação e Informação, hoje não o é. A área de informática (GIP) extrapolou as atividades do Centro de Documentação e Informação e passou a atender toda a Secretaria da Saúde. A área de apoio à Pesquisa (GAP) passou a interagir com outros setores e departamentos e a área de Documentação e Comunicação (CDC) realiza contatos com diversas instituições fora do município.

O sistema informatizado em unidades de saúde mudou a forma com que o trabalhador da saúde vê sua realidade e entende o que é um sistema de informação. O trabalhador, na verdade, não mais preenche um simples papel, mas passa a mexer com um computador que é alimentado com informações e que tem capacidade de retomar respostas consolidadas dessas e outras informações registradas por seus colegas. Obtém respostas imediatas: “puxa” (consulta) um prontuário de um determinado paciente, de uma unidade de saúde. É também uma resposta imediata para o usuário da saúde, para o paciente que está em sua frente. Assim o trabalhador passa a ver o Sistema de Informação não só como um sistema estatístico, mas como um sistema que operacionaliza e o ajuda no seu dia-a-dia.

No Grupo de Informática em Saúde (GIS), trabalhamos com outros sistemas e com o desenvolvimento e manutenção de sistemas de informação específicos. Entre esses, desenvolvemos sistemas de informação em mortalidade infantil, mortalidade geral, AIDS, tuberculose, perícia médica, acidente de trânsito, acidente e doença de trabalho. Hoje mantemos uma equipe de informática dentro desta estrutura (analista de sistemas, digitadores, etc.).

E o acesso à informática? A partir do momento em que a informática passa a ser um instrumento de trabalho e que a informação não é uma atribuição única e exclusiva de uma determinada unidade de saúde, a informática passou a ser, na verdade, um instrumento de todas as áreas, principalmente da vigilância epidemiológica. Portanto a informática não pode ficar atrelada ao CPD, tendo que acompanhar a tendência da informação. Se temos informações nas vigilâncias, nas unidades de saúde, no gabinete do secretário, na área financeira, na área de materiais, o acesso aos equipamentos de informática e a cultura de informática também devem estar abertos e disseminados nesse sentido.

O grupo de Apoio à Pesquisa (GAP) é responsável pela pesquisa na área da saúde. Foi criado para dar subsídios aos técnicos e demais trabalhadores da saúde, pois há muitos profissionais da saúde que não são ligados às instituições de ensino ou ao nível central da Secretaria e que têm grande interesse em realizar pesquisas. São profissionais

de unidades básicas de saúde que querem conhecer o perfil da população de região, trabalhando com informação. Acabam gerando instrumentos de coletas de dados, gerando expectativa com outros funcionários da unidade e começam a coletar dados sem metodologia, gerando muita frustração. Gera uma expectativa não resolvida, custo de material e tempo perdido e envolve a comunidade. O resultado dessas ações acaba não sendo útil. Começamos assim a apoiar essa área de pesquisa.

A proposta não é centralizar, não é termos uma unidade que faria a pesquisa para os profissionais. O GAP é responsável por elaborar projetos, apoiar outros projetos da secretaria, realizar estudos específicos, buscando inclusive recursos financeiros para esses fins. A área de informática gera relatórios que também são avaliados pelo GAP, são dados que são trabalhados pelo grupo, pelo Centro de Comunicação e Informação e por outros técnicos da Secretaria da Saúde gerando informações.

O terceiro grupo é o Grupo de Documentação e Comunicação (GDC) - que atualmente está se dividindo. Vemos essa área crescer e implodir em duas áreas: o primeiro sub-grupo trabalha com documentação: cuida do Centro de Documentação (documentos, relatórios, trabalhos específicos produzidos na Secretaria e por outras instituições como ABRASCO e Faculdade de Saúde Pública), da Biblioteca Técnica, que atende aos profissionais da rede, aos alunos da faculdade de medicina e aos estudantes da rede municipal. Esse sub-grupo cuida ainda do Núcleo de Vídeo projeto ainda “engatinhando”, totalmente voltado para a parte de documentação das ações da secretaria e equipamentos de suporte educacional pois nos transformamos em órgão de apoio para ações educacionais das unidades de saúde, fornecendo instrumentos e o material didático. O Arquivo Histórico é outro órgão sob responsabilidade do subgrupo de documentação. Esse Arquivo é um projeto nascido há pouco mais de um ano com a proposta de registrar todo trabalho realizado em saúde no município de Santos: atendimento à população, saúde mental, atendimento de AIDS, etc. Não podemos deixar essas experiências se perderem no tempo. O segundo subgrupo cuida da comunicação. Pratica ações como as campanhas publicitárias locais, contando com a imprensa e a difusão das notícias sobre saúde.

Como principais produtos do Centro de Documentação e Informação temos:

1- **Síntese** que facilita a difusão do conhecimento. É um relatório semanal enviado a todas as unidades de saúde - não só para o diretor mas para toda a equipe - e também para a população. Um problema que identificamos e que deve existir também em outras secretarias, é o fato da informação poder parar no diretor. Sendo dirigida a todos na unidade será difundida, indo para o quadro de avisos, onde a população pode interagir com essa informação. O Síntese é um documento que resume todas as matérias sobre saúde que saíram nas principais mídias. É diferente de um “clipping”, pois as pessoas não costumam ler todas as matérias de um “clipping”. Optamos por um sistema e um documento que resume todas as matérias e abrimos um canal de acesso à íntegra da matéria por qualquer pessoa que se interessar. Assim, se algum funcionário de Policlínicas se interessar por um artigo sobre saúde que sai na Folha de São Paulo, ele telefona e lhe enviamos a matéria. O mesmo acontece com o munícipe que, passando pela unidade, lê o Síntese e solicita alguma matéria.

2- O **Release** que circula internamente na Secretaria e divulga portarias, leis e outras publicações do D.O. da União e o D.O. do Estado, ligados à saúde.

3 - Existe outra publicação que não é específica da saúde mais que consideramos uma experiência importante. Trata-se do diário do município que chamamos de **D.O. URGENTE**, com circulação em toda a cidade, grande tiragem, diário e distribuído gratuitamente através das bancas de jornal. O D.O. URGENTE trabalha com notícias de educação, saúde, trabalho, meio ambiente de uma forma “light”, com formato jornalístico. O D.O. URGENTE amplia a informação para a população pois temos um único jornal no município que traz informações de uma forma bastante reduzida sobre questões municipais. O D.O. URGENTE caracteriza-se como uma política de comunicação da prefeitura toda, considerando-se que um só jornal no município não é saudável. O D. O. URGENTE tem um trabalho voltado também para as questões administrativas, constituindo-se num instrumento de transparências da administração.

4 - O **Catálogo das Documentações** produzidos em Santos que entrará em algumas redes de telecomunicação: estamos em contato com a DEDALUS - USP e discutimos com a BIREME e a LILACS para disponibilizar essa documentação nesses bancos de documentos.

Criamos uma estrutura de atendimento aos técnicos de outras localidades, pois passamos a receber vários municípios com interesse de conhecer o trabalho da Secretaria. Há dois anos, na troca dos prefeitos, vários municípios, principalmente de nosso estado, sentiram a quebra da troca da administração. Passamos então a dar o respaldo necessário para essas novas equipes municipais.

5- Outro produto do CDI foi inaugurado dia 25 de agosto de 94: o **Agendamento Telefônico 136**. É uma experiência que se iniciou em 1992, através de um ramal telefônico da TELESP - 156, através do qual uma equipe da prefeitura atende à população. O munícipe, antes de 1992, quando desejava reclamar algo à prefeitura, não sabia para quem ou onde fazê-lo. Vamos usar um exemplo bem simples: um buraco na rua. O munícipe reclama à Secretaria de Obras que informa que não é com eles. Após outros três telefonemas, dizem que é com a SABESP (Companhia de Água e Esgoto de São Paulo). Reclama com a SABESP que questiona se a água é limpa, não sendo limpa, responde que não é com ela. Ao telefonar para a Secretaria da Saúde, pois havia água empoçada no buraco, descobre que também não é esta pasta responsável pela solução do problema. Enfim até o munícipe que tem muita boa vontade, após algumas tentativas frustradas, desiste. Isso é muito ruim! Não conseguimos resolver o problema: o setor responsável não recebeu informação, o buraco não foi tapado e o munícipe não confia mais na administração.

Com o sistema 156 passamos a ter apenas um telefone de atendimento ao munícipe, tirando dele a responsabilidade da triagem, ou seja ele não precisa saber qual o órgão responsável por um problema específico. Chegada a informação ou reclamação ao 156, esta estrutura deve encaminhar adequadamente a solução em prazo determinado. Posteriormente envia a resposta ao munícipe pelo correio.

O 156 trabalhava com três grandes sistemas: a) controle de processo, em que o

munícipe localiza, via telefone, o processo de seu interesse e quem o despachou; b) DEMOS - Sistema que acompanha reclamações e sugestões do munícipe, como as reclamações para a Vigilância Sanitária; c) Sistema de Saúde: através do 156 agendávamos consultas pelo telefone para as clínicas básicas (pediatria, ginecologia-obstetrícia e clínica geral). Trabalhávamos com informações sobre saúde que eram dúvidas para a população: o munícipe telefonava para o 156 e informávamos, por exemplo, a época de campanha vacinal, dúvidas sobre AIDS, localização de unidades de saúde, etc. Este sistema de informação da saúde - 156 que deveria ocupar apenas 33% da demanda de Sistema 156, passou a ocupar 90%. Pudemos, assim, verificar aqui o quanto a área de informação e agendamento era uma carência da população.

Criamos um sistema próprio para atender esta demanda crescente da área de saúde, que passou a ser o 136. O munícipe pode ligar de qualquer telefone público pois a ligação é gratuita e é atendido por uma equipe especializada da própria Secretaria de Saúde. A criação do 136 possibilitou o atendimento de uma demanda que já estava sendo reprimida, além da melhoria na qualidade das informações.

O grande projeto do Centro de Documentação e Informação (CDI), hoje, é trabalhar para transformar a imagem da saúde no município. Discutir junto à população o processo saúde-doença, transformando a imagem da saúde no município em uma imagem positiva na cultura da população. Um dos futuros projetos é a TV Saúde nas unidades básicas, estudado para viabilizar-se através da rede de terminais de computadores (sistema Hygia); projeto já implantado, com a integração da tecnologia de informática com a telecomunicação, enviando, via cabo, as informações do terminal e utilizando o mesmo cabo para transmitir uma TV Comunitária, transformando o espaço da recepção da unidade de saúde em um espaço para interagir com a população.

O Museu de Saúde, focado na questão saúde/cultura também é um projeto possível. Quando iniciamos o trabalho com o Arquivo Histórico descobrimos documentos para vários livros das diversas áreas da saúde. Hoje consideramos responsabilidade não só do Centro de Documentação e Informação, mas da Secretaria, produzir estes relatos e livros. A principal meta é a transformação da cidade em : **“SANTOS: CIDADE SAUDÁVEL”**, trabalhando o conceito de saúde em todos os âmbitos da prefeitura.

EXPERIÊNCIA DO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS

Flávio Magajewski *

Relatarei uma experiência que estamos vivenciando na Secretaria Municipal de Saúde e Desenvolvimento Social de Florianópolis, que diz respeito a um processo de revitalização do Conselho Municipal de Saúde. É uma experiência que nós vivemos no ano passado, ao criar o Conselho Municipal de Saúde e, por uma série de motivos, esse Conselho, que foi bastante discutido na sua formação e na sua implantação, acabou se desgastando e sofrendo um processo de esvaziamento bastante grande até o início desse ano.

Quando me convidaram para apresentar esse trabalho tentei, como uma forma de exercício, antes de começar a descrever a nossa experiência, que considero uma experiência de comunicação, tentar qualificar o quê que de fato entendo por comunicação social. Em primeiro lugar, entendo comunicação como um processo interativo, de permanente construção e reconstrução de conteúdos, um espaço de permanente transformação. Em segundo, é um espaço de constituição de sujeitos: no processo de comunicação você se produz como sujeito. Terceiro, é um processo de envolvimento: as pessoas que participam do processo, em se envolvendo, estão de fato se comunicando.

Uma questão interessante do processo de comunicação, da forma como entendo, é que, dito de uma forma mais técnica, a comunicação como insumo, ao ser consumida, transforma e modifica o consumidor, tornando-se, então, um processo extremamente dialético, que é original em qualquer momento que se tome. Então é bastante difícil, quase impossível, apreender o processo de comunicação de uma forma sistemática ou estática, já que ele é um processo volátil. Assim a proposta desse trabalho é colocar a experiência vivenciada num processo de comunicação, com o entendimento colocado inicialmente e com os limites de se tentar apreender algo em permanente construção.

O Conselho foi uma proposta da própria Conferência Municipal de Saúde, que aconteceu em 1991 e que se propunha, entre os seus objetivos, a produzir um projeto de lei que fosse encaminhado para o Executivo para que se criasse o Conselho Municipal de Saúde. Esse projeto no governo anterior foi esquecido, mas com a eleição de um governo diferente daquele que estava no poder, pode ser reerguido para valer com um novo governo. A vitória da esquerda em Florianópolis nos qualificou para uma negociação com a Câmara Municipal de Vereadores e o Executivo que estava deixando o poder, para que fosse aprovada então a lei que criava o Conselho Municipal de Saúde, fato ocorrido no final de dezembro de 92.

O Conselho foi então instalado em abril de 93 e teve, assim, uma grande expectativa em torno da sua criação. Infelizmente, por uma série de problemas,

* Secretário Municipal de Saúde de Florianópolis

burocratização, mas fundamentalmente, pela falta da incorporação desse órgão de decisão política ao eixo do processo decisório da Secretaria Municipal de Saúde, ele foi se esvaziando lentamente. Em abril do ano seguinte o antigo secretário da Saúde se descompatibilizou, para concorrer a deputado estadual, e assumiu um representante do movimento popular, que militava numa entidade que nós denominamos de Fórum Popular Estadual de Saúde, em Santa Catarina, que é uma entidade que é importante que nós qualifiquemos melhor. Ela corresponde a um espaço onde se associaram em torno de 70 entidades de todos os tipos: sindicais, populares, religiosas, acadêmicas. Uma grande articulação que é uma característica histórica do movimento popular em Santa Catarina.

Desde a década de 70 que se tem um espaço de articulação entre o movimento popular geral e a academia. É uma associação interessante que não vejo em outros estados da forma como ela se dá em Santa Catarina. Essa entidade tinha uma experiência anterior, de formação de conselheiros municipais de saúde e tinha produzido uma metodologia tentando qualificar melhor os conselheiros municipais de saúde. A discussão da produção dessa metodologia foi muito interessante, porque o primeiro pressuposto desse método é o de que o saber já está apropriado por quem vive os problemas. Então seria pouco efetivo que alguns ilustrados fossem ensinar conselheiros municipais de saúde a resolver problemas que são eles que vivem normalmente. Essa é a primeira característica do método.

A segunda, é de que a melhor solução de um problema é aquela que atende as necessidades da maior parte da população. O método seria tão mais aceito, tão mais racional, quanto maior é a parcela da população que se vê contemplada com aquela solução.

E a terceira, é de que a discussão negociada das diferenças, dentro desse método, produz uma base, um consenso, produz uma base de sustentação que é fundamental para que possa se alavancar o processo de transformação da realidade.

E por último uma questão quase que operacional, que é essa intervenção na realidade consensuada que é delegada para determinadas pessoas, órgãos ou entidades, e essa delegação é cobrada e avaliada sistemática e periodicamente na sua execução e nos seus resultados.

Então esse é o método que foi empregado e ele é baseado fundamentalmente na técnica do planejamento estratégico situacional, do Carlos Matus.

Inicialmente se fez com todos os representantes do Conselho, um seminário de planejamento. Com a participação da população se constituiu numa árvore de explicação do problema. Dentro dessa árvore se apontaram nós críticos - problemas especiais que se modificados podem transformar essa realidade e o problema geral - e posteriormente esses nós críticos foram reexplicados em novas árvores de explicação.

Quatro nós críticos foram escolhidos e foram explicados novamente por grupos do Conselho Municipal, que escolheram cada problema de acordo com a sua afinidade e definiram quatro questões básicas, finalmente, para serem enfrentadas pela política de Saúde do município e pelo Conselho Municipal de Saúde durante o ano de 1994. Foram eles: a falta de planejamento nas ações da Secretaria; a ausência de participação popular;

a insuficiência de recursos financeiros e a ausência de política de Recursos Humanos. A proposta de enfrentamento foi em torno de vinte ações que se propunham a enfrentar esses quatro problemas.

A questão interessante e, talvez, a originalidade dessa proposta - porque muitos hoje trabalham com a técnica de Carlos Matus - é que houve uma reativação bastante forte após a realização desse seminário. O Conselho que vinha às últimas cinco, seis reuniões tendo insuficiência de quórum, ou seja, não havia metade de seus membros, a partir dali, ficou várias reuniões tendo frequência acima de 80%. Então, houve realmente um envolvimento das pessoas em torno desse projeto de se qualificar como um efetivo formulador de políticas e a recuperação desse espaço como um espaço político efetivo.

Outra questão importante é que o Conselho passou a se reunir após esse momento de formulação de uma proposta e criou coisas novas. Na reunião seguinte, na qual foi aprovado esse plano de ação do Conselho, o Conselho exigiu que a Secretaria Municipal de Saúde apresentasse um plano de aplicação dos recursos do Fundo Municipal de Saúde. Isso significou uma diferença qualitativa da atuação do Conselho que até aquele momento tinha uma posição relativamente passiva em relação às ações da Secretaria.

Num outro momento, o Conselho exigiu que a Secretaria apresentasse a prestação de contas ou acompanhamento da sua planilha de ação, ou seja, não só apresentou uma planilha, mas também exigiu que aquelas ações que tinham sido discutidas começassem a ser implementadas e que se justificasse o porquê de não terem sido implementadas, se fosse o caso.

E, finalmente, uma outra questão muito interessante que aconteceu, é que, quando houve prestação de contas dos recursos do Fundo Municipal de Saúde, a grande referência que o Conselho teve pra avaliar os gastos que foram feitos não foi uma análise contábil e burocrática que normalmente a gente espera que o Conselho faça, mas ele avaliou os gastos a partir das prioridades que ele mesmo tinha estabelecido. E foi realmente uma modificação bastante significativa, que mostra uma apropriação pela sociedade, pelos representantes da sociedade, daquele espaço político formal que até então vinha sendo sub-utilizado nesse seu potencial.

Muitas das discussões que se fizeram no Conselho e que, no geral, desembocaram em questões relevantes e de interesse público, nasceram de propostas que tinham um certo caráter particular. Além de serem propostas que tinham a ver com vivências de conselheiros ou de grupos, no geral, essas questões foram se transformando no processo de discussão do Conselho e se colocando como questões mais gerais para a comunidade. Por exemplo, a situação de morte de um agente da Pastoral da Saúde, lá em Florianópolis. Era uma senhora grávida que por várias vezes procurou a assistência médica, não sendo devidamente atendida e vindo a falecer com eclâmpsia. Esse caso, na verdade, se colocou como uma grande questão particular do movimento religioso da comunidade, mas a discussão se tornou tão ampla, no sentido de se dissecar os motivos dessa morte, que se constituiu num grande processo de reflexão sobre saúde na cidade e que culminou, por exemplo, com a reativação do Comitê de Controle da Mortalidade Materna no município, uma revisão da sistemática de agendamento e de recepção dos

pacientes em todas as unidades da rede e etc.

Uma outra coisa que me parece importante é que o Conselho se deu conta do seu relativo isolamento com relação às demandas da população e fez uma crítica à sua própria representatividade enquanto Conselho. Nesse sentido, eles propuseram a realização de reuniões adicionais, além das reuniões ordinárias do Conselho, para que eles pudessem escutar e discutir com representantes das comunidades locais e servidores do setor saúde em várias regiões do município. Então, além das reuniões ordinárias, uma vez por mês, eles fizeram reuniões em cinco regiões do município, fazendo uma discussão da realidade de saúde daquela comunidade, discutindo os seus problemas com aquela comunidade e com os servidores. Com isso, além de se qualificarem como representantes da comunidade, uma vez que criaram um canal próprio de recepção dessas demandas locais, também tiveram a oportunidade de conhecer a realidade concreta da rede de serviços, dificuldades, posições dos servidores, etc.

Então, o que eu tinha pra colocar é essa experiência na qual a questão mais importante que vejo é que, neste processo, nós tivemos a oportunidade de vivenciar um processo de constituição de sujeitos coletivos dentro do espaço do Conselho Municipal de Saúde. Isso para nós é muito importante, significativo e corresponde de fato a concretização de um sonho, que é o de ter uma sociedade de fato reitora e um Estado subordinado ao interesse público, mesmo que esse sonho seja um sonho circunscrito a um espaço restrito ao espaço do Conselho Municipal de Saúde. Mas nós entendemos que essa seja uma encenação, não no sentido da fraude, mas no sentido de que se exercita essa questão da cidadania, a questão da autonomia dos atores sociais, no sentido de fazerem valer os seus diagnósticos e suas soluções para os problemas da sociedade.

EXPERIÊNCIA DE SANTARÉM DO PARÁ - PROJETO SAÚDE ALEGRIA

Valéria Ferreira Leão*

O projeto **Saúde Alegria** atua no município de Santarém, no meio do Rio Amazonas, entre Belém e Manaus, abrangendo a área de três rios: Amazonas, Tapajós e Arapiuns. O Saúde Alegria trabalha com uma idéia de saúde muito ligada à de meio ambiente, de ecologia. Inclusive, muitos dos nossos financiamentos são oriundos da área do Meio Ambiente. Isso porque é muito difícil dissociar a saúde da população que está vivendo nessa região das questões do meio ambiente.

Os três rios onde trabalhamos têm diferentes tipos de água, que formam diferentes ecossistemas. O rio Tapajós é um rio de águas claras; o rio Arapiuns é um rio de água preta, e o Amazonas é um rio de água branca ou barrenta, que é rica na fauna e flora aquáticas. Isso quer dizer alimentação diferente e culturas diferentes. Nós atuamos em 17 comunidades, com um projeto experimental, que tem por objetivo alcançar, buscar um movimento comunitário integrado nas diversas áreas de atuação, buscando encontrar modelos adaptados à região. Esses modelos, essas soluções têm base na realidade local, nas necessidades da população.

Nós atuamos na área de saúde, produção rural, meio ambiente, educação, arte, comunicação, cultura e pesquisa participativa. Temos uma equipe interdisciplinar para desenvolver esses programas: agrônomos, médicos, enfermeiros, jornalista, educadores e, enfim, técnicos nas diversas áreas. A Saúde e a Ecologia andam juntas e a Educação Ambiental é o instrumento, é a base de todo o projeto.

Todo o trabalho é de capacitação de agentes locais e a gente pretende que esses agentes se tornem multiplicadores. Nós, realmente, temos visto que essa é uma experiência válida, que tem dado resultados.

A população atingida diretamente pelo Saúde Alegria hoje é de aproximadamente 5.000 pessoas e indiretamente 20.000 pessoas pois atingimos 94 sub-localidades na região.

A população é de caboclos, que é a mistura do branco com o índio, e tanto fisicamente quanto culturalmente eles trazem a herança indígena. A base alimentar da população é a farinha de mandioca.

Mas o importante é essa questão da saúde, como uma responsabilidade do coletivo, que é o princípio básico desde o início do trabalho. E a necessidade então da comunidade como um todo estar participando, estar trabalhando na questão da saúde,

* Jornalista, Coordenadora do **Projeto Saúde e Alegria**. Santarém, Pará.

mesmo que não diretamente, recebendo formação como monitores de saúde, mas tomando conhecimento das noções básicas para que ela possa manter sua família bem. Isso numa região onde 80% das doenças vem da água. Então, é uma questão de saneamento básico, de higiene.

O projeto desenvolve treinamento também na área da produção rural, onde nós temos trabalhado com a diversificação das culturas. A produção ali é de subsistência e os excedentes são pouquíssimos. Há também trabalhos de incentivo à criação de pequenos animais buscando diminuir a pressão sobre a caça e aumentar a quantidade de proteínas que eles ingerem. Juntos às mães e crianças são feitos treinamento de horticultura e alimentação alternativa que, por sua vez, estão ligados aos programas de controle da desnutrição infantil que envolve mães e monitores de saúde.

Na escola, as crianças participam do programa de Monitores Mirins que envolve higiene pessoal, da casa, da família e saneamento básico. Isso porque as crianças que estão na escola tomam conta das crianças menores que tem em casa. E nós temos percebido que são essas crianças que acabam tratando a água de casa com cloro, são elas que fazem a comida e dão banho nas crianças menores.

Nós conseguimos baixar bastante os índices de ocorrência dessas doenças comuns nos dois primeiros anos de atuação do Saúde e Alegria. Depois passamos por um período de grande instabilidade financeira pelo não cumprimento dos compromissos por parte do governo federal que não mandava nossas verbas.

O Saúde e Alegria quase paralisou totalmente suas atividades durante um período de dois anos e foi nesse período que a participação da comunidade baixou e os índices de ocorrência de doenças subiram. Nós percebemos, então, que havia a necessidade da comunidade participar também do planejamento das ações porque alguns programas que a gente tentava implantar não iam para a frente. Nós sabíamos o que estava acontecendo e eles também mas os programas não deslanchavam na comunidade. Agora nós estamos num momento onde a participação da comunidade não se dá só a nível de estar presente nas ações que a equipe propõe. Eles estão presentes no planejamento desses programas que serão levados para as comunidades.

Foi diagnosticado junto com eles, por exemplo, qual o problema com o programa de alimentação alternativa e com isso, já houve uma queda de 20% no número de crianças desnutridas. Percebemos que não adianta tentar mudar os hábitos alimentares pois eles têm uma cultura e não estão acostumados a utilizar verduras e outras coisas. Nós tivemos que tratar a questão da alimentação como um remédio. Vendo a forma como eles decoram suas casas - todas cheias de revistas cobrindo as paredes, calendários, recorte - a gente resolveu fazer cartazes com desenhos e o nome das crianças da casa e um espaço para a “receita médica”. O cartaz é uma receita médica e todas as mães levaram para pendurar em casa. Depois dos cartazes aumentou o uso do farelo de arroz, da folha de macaxeira, gergelim e em três meses a gente reduziu em 20% os desnutridos.

De qualquer forma, para se conseguir a participação e a mobilização da comunidade é que entra a comunicação dentro do Saúde e Alegria. Divido a Comunicação em duas partes: nós temos um núcleo de Comunicação Social que

desenvolve programas de comunicação popular junto aos jovens nas comunidades e, por outro lado, existe a comunicação como parte da metodologia na aplicação dos programas.

A comunicação popular trabalha principalmente com os jovens mas está aberta a toda a comunidade. Nós desenvolvemos um trabalho de capacitação dos jovens para que eles produzam as notícias, para que eles passem as informações da comunidade deles através do jornal comunitário, de vídeos e agora a gente está começando um trabalho com rádio. Na comunidade esses também fazem o jornal mural.

Então, nesse trabalho de capacitação nós damos direcionamento técnico de como se faz um jornal, a gente leva jornais e revistas de outros lugares. Eles fazem o levantamento da situação, da realidade da sua comunidade: o que é interessante falar? O que tem de bom? O que tem de mau? O que interessa para eles passarem. Existe um direcionamento por parte dos técnicos do projeto para a realização de algumas matérias que incentivem o resgate da cultura e outras voltadas para a educação ambiental.

Há também o trabalho em rádio. E rádio é o único veículo de comunicação que chega até eles. É uma coisa que faz parte do dia-a-dia deles. Nós iniciamos com um programa que se chama Rádio Viva, que funciona na comunidade quando tem eventos acontecendo ou quando há um encontro de várias comunidades. A rádio funciona com eles fazendo os programas ao vivo. Eles conhecem muito bem a linguagem do rádio. Chega a surpreender o quanto eles fazem bem uma coisa que nós achávamos que por eles nunca terem feito, talvez não tivessem capacidade.

Outra atividade é o trabalho com o vídeo que também foi uma surpresa pois a gente consegue um trabalho bem interessante de resgate cultural, de educação através do vídeo. O vídeo feito por eles mesmos, toda a produção das matérias, as reportagens, exceto a parte técnica - câmera e edição, que eles não fazem mas acompanham. Então, em três dias - que é o período médio de permanência da equipe em uma comunidade - nós fazemos um programa de vídeo, editamos e na última noite passamos para eles. Esse programa ao ser passado nas outras comunidades também permite um intercâmbio de informações entre eles, entre as comunidades. Os vídeos também são levados para fora da região o que garante que o caboclo seja ouvido um pouco lá fora. O que a gente tem visto na Amazônia são equipes de filmagem chegando, filmando, falando o que eles acham que é, levando essas imagens, essa visão para fora, mas a realidade, o dia-a-dia das pessoas que estão ali não está sendo mostrada. O vídeo popular tem garantido um fluxo de informações muito interessante a nível da comunidade e fora dela. Nós já passamos todos os programas feitos em comunidades numa emissora comercial local de televisão.

A primeira experiência com rádio foi essa da Rádio Viva e nós, agora em fevereiro estamos iniciando um trabalho, um programa de rádio, na Rádio Rural, que é uma rádio educativa de Santarém. Os comunitários já estão sendo capacitados para enviar matérias para o programa. Eles vão ter o gravador para fazer as entrevistas e nós vamos colocar a pessoa que está na comunidade dentro da rádio, utilizando esse espaço, falando da sua realidade, de seus problemas, falando o que quiser.

Dentro do Núcleo de Comunicação há ainda a produção de cartilhas, manuais,

que são apoio a outros núcleos. Nós temos buscado utilizar sempre o que vem da comunidade no processo de comunicação. Eles já fazem os jornais: tem desenhistas, tem pessoas que escrevem muito bem, tem pessoas que falam muito bem. Então agora vamos fazer um cartaz de prevenção às diarreias e o cólera e foi lançada uma campanha para os comunitários mandarem o desenho. O desenho que vai ilustrar o cartaz, vem da comunidade.

Trabalha-se também com questão indígena para o resgate da cultura, o que faz com que as pessoas tenham um pouco de contato com a sua história. Quem são eles, quem é que vivia aqui antes, como é que viviam, o que tem de parecido. Notamos que nessas populações há um problema muito grande com a herança indígena pois eles não gostam. Então, tem que ter um trabalho de valorização da cultura deles para que possamos chegar a essas tecnologias adaptadas, a essas soluções que adaptamos ao local.

A maior parte dos remédios utilizados por eles vem da floresta e tem resultados. Então, há necessidade de valorizar isso, porque senão eles simplesmente largam a medicina tradicional, que tem garantido muita coisa até agora, porque eles preferem comprar uma pílula, porque o doutor tem aquela imagem do médico que vem de fora, ou porque o que é da farmácia é melhor.

Quanto a metodologia para levar esses programas adiante - capacitação comunitária, mobilização e o processo educativo como um todo - lançamos mão de tudo. Usamos o teatro, a música, dinâmicas de animação, palestras, vivências, tudo o que for possível para sair da rotina e atingir a população, fazer com que ela vivencie e compreenda todo o processo.

Assim, num treinamento com professores, eles vão jogar papel uns nos outros, fazer aviãozinho, para viver, retornar um pouquinho na idade.

Há uma atividade com as crianças que está dentro do programa do Monitor Mirim que é o “Rebulixo”- é a reciclagem do lixo, tanto inorgânico como orgânico. Essa atividade vai estudar os ciclos da vida, da floresta, da contaminação. No caso do lixo inorgânico eles fazem a coleta do lixo, aproveitam para limpar a comunidade e a sucata vai virar brinquedo, instrumentos musicais que depois serão usados para montar uma enquete para ser apresentada no Circo. O Rebulixo orgânico pode abordar a reciclagem da floresta: o adubo que ela mesma produz para garantir sua vida, ou a transformação de seus produtos em instrumentos que os homens vão utilizar; palha para o teto das casas, madeira para as paredes, etc.

O Circo Mocarongo é que vai sintetizar todo o trabalho realizado nas comunidades. Trata-se de um circo mambembe. A única coisa que identifica o circo é uma cortina colorida pendurada no salão comunitário da comunidade. Dele participam todos os membros da equipe do Saúde e Alegria, todos os comunitários que estiverem trabalhando durante os três dias e os artistas das comunidades. A maior parte das enquetes tem caráter educativo e nesse momento nós atingimos mais de 90% da comunidade.

A COMUNICAÇÃO SOCIAL E O DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES DE VIGILÂNCIA À SAÚDE EM SALVADOR

Terezinha Marques*

A Secretaria Municipal de Saúde - SMS do Salvador vem desenvolvendo um conjunto de práticas de comunicação social em saúde num contexto de operacionalização de ações de vigilância à saúde e de gestão dos serviços com participação social.

O Plano de Comunicação Social em Saúde elaborado pela SMS foi baseado na concepção de saúde enquanto qualidade de vida, e no entendimento das determinações sociais, econômicas, políticas e culturais do processo saúde-doença, defendidas durante a VIII Conferência Nacional de Saúde e inseridas na legislação brasileira em 1988 e 1990.

Tais concepções implicam no desenvolvimento de práticas sanitárias coletivas, preventivas promotoras da elevação da consciência sanitária e de ações descentralizadas e participativas.

A difusão da informação para a sociedade deve ser realizada de modo que a instrumentalize para o processo de tomada de decisão, o que impõe a necessidade de estabelecer um fluxo de informações entre serviços de saúde e população.

Aí a comunicação social tem o papel fundamental de adequar os meios à realidade, à matriz cultural do grupo social que se pretende atingir com a informação. É preciso ficar clara para o profissional de saúde a questão da diferenciação das construções imaginárias e formações culturais sobre saúde e doença referentes a sua percepção e a dos usuários dos serviços de saúde.

A partir de tais pressupostos, a SMS vem desenvolvendo uma série de atividades de vigilância à saúde, utilizando a educação e a comunicação social enquanto estratégias de repasse de informações epidemiológicas à população, com o propósito de fornecer-lhes elementos para uma ação mais consciente em relação aos seus problemas de saúde.

Estão sendo realizadas oficinas de territorialização nas áreas de abrangência dos centros de saúde municipais. Profissionais de saúde e representantes da comunidade local buscam conhecer o território, identificando recursos e estabelecer prioridades de problemas de saúde a partir de informações epidemiológicas e considerando a visão da comunidade, de acordo com a sua percepção e conhecimento sobre a realidade local.

Para enfrentar problemas de saúde relacionados com o verão, as tradicionais festas

* Enfermeira e Especialista em Comunicação

populares, e o período de chuva, mais particularmente a questão da cólera, a SMS desenvolveu o chamado Programa dos Vigilantes da Saúde.

Os “vigilantes” são profissionais de nível superior e nível médio, treinados para a execução de ações de prevenção contra a cólera e outros agravos incidentes nesses períodos.

O conteúdo do treinamento trata dos princípios e diretrizes do SUS, da situação epidemiológica do município, das técnicas de prevenção contra os agravos prioritários. O propósito dessa capacitação é instrumentalizar o vigilante para que saiba de que lugar está falando, de que contexto epidemiológico está tratando.

Durante o período do verão executaram ações de inspeção sanitária e cloração de água em barracas de praia de toda a orla marítima em festas populares, com ênfase no seu caráter educativo.

Os barraqueiros de praia receberam orientações sobre a prevenção contra o cólera através de treinamento que utilizou o teatro como forma de repasse de informações.

Além do Programa dos Vigilantes, a SMS desenvolveu, em 1993, um trabalho em parceria com a Universidade Estadual da Bahia, empresas fabricantes de hipoclorito de sódio e uma empresa distribuidora de gás de cozinha. Foram treinados todos os funcionários dessa última empresa, que, a cada 14 dias, distribuíram, casa a casa, hipoclorito de sódio e folhetos sobre a prevenção à cólera. Foram visitadas 600.000 casas. A experiência foi uma forma de possibilitar à população outra fonte de informação que não a mídia, uma vez que esta ocultava a existência do cólera no município.

INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO - EXPERIÊNCIA DO MUNICÍPIO DE MUNIZ FERREIRA - BA

Sebastião Loureiro*

A contribuição que vamos apresentar, tendo em vista a temática central do seminário, é uma visão de reforço da cidadania, ou seja, mais na perspectiva do fortalecimento da sociedade civil. Vamos também, relatar uma interessante experiência de pesquisa-ação que tivemos, na Universidade da Bahia, coordenada pelo Departamento de Medicina Preventiva.

Este trabalho foi desenvolvido em uma área rural, município de Muniz Ferreira, no recôncavo baiano, em um projeto de controle de esquistossomose, cuja base teórica e o centro da atuação (a prática) desse controle, era a questão educacional, com um enfoque privilegiado da questão cultural e da informação.

Para iniciar este diálogo, e esclarecer alguns conceitos, talvez fosse importante trazer essa discussão: o que estamos falando, quando falamos de Informação? Essa mesa-redonda mesmo, possivelmente, vai trazer diferentes abordagens e concepções sobre o significado de informação, comunicação, dados, estatísticas.

Estas são palavras muito presentes no nosso dia-a-dia, inclusive até no falar comum, e até na área acadêmica, esta confusão está presente. O que é realmente um dado? O que é informação? O que é estatística? O que é comunicação?.

Dado é uma anotação simbólica que permite uma descrição bastante limitada da realidade. **A estatística** é uma manipulação, mais ou menos complexa, de dados (observe o plural). O dado ou a estatística não coloca a parte da realidade a que se refere, dentro de um contexto. Quando falamos em **informação**, estamos dando uma descrição mais completa da realidade e, mais importante de tudo, estamos fazendo isto através de uma referência a um sistema explicativo mais ou menos, sistematizado. Ou seja, o dado, associado ao referencial explicativo, transforma-se em informação. Temos assim, um sistema mais completo de representação de uma realidade.

Essa representação da realidade, esse referencial pelo qual analisamos, olhamos, vemos ou compreendemos o dado ou a estatística, depende muito da visão de mundo, tanto de quem emite a informação, quanto de quem a recebe. Então, entre a fonte de informação e a recepção da informação, permeia todo um processo cultural de tradução. É esse processo que coloca em um campo comum a informação e a comunicação, na medida em que o processo de tradução tem a ver, basicamente, com a maneira com que fazemos que as outras pessoas entendam aquilo que queremos enunciar (ou anunciar).

Outro ponto importante no processo de informação e comunicação é a notícia, o fato, que estão muito colocados na linguagem mais jornalística. A recepção, a forma, a

* Prof Dr. do Instituto de Saúde Coletiva/UFBA

extensão da surpresa com que a pessoa recebe a informação, permeada pelo seu referencial cultural, por sua visão de mundo, e o impacto que isso ocasiona, é o que nós podemos chamar de notícia. Notícia então, é uma **parte da realidade**, portanto parcial, do ponto de vista de quem fez a escolha da parte da informação, referenciada a uma visão de mundo, e o impacto que ela traz para o receptor. A notícia traz, assim, a questão da novidade.

Na área de Saúde, fala-se muito em estatística, informação, dados, indicadores, etc. A estatística, neste caso, pode ter duas interpretações mais comuns em nossa área: a estatística como um estudo numérico do Estado - a palavra estatística, em geral, vem dessa origem - ou como informações necessárias à tomada de decisão. Ora, nós podemos interpretar, a informação trazendo essa visão cultural da cidadania e da sociedade civil, como uma necessidade para apoiar suas ações. Por que a informação apóia ações? Porque ela reduz a incerteza. Na medida em que quem se informa reduz incertezas, considerando-se estas informações sempre representações parciais da realidade.

Podemos interpretar estes conceitos pela parte estatal, na medida que as informações são importantes para a questão gerencial, de planejamento, etc. Podemos, também, tomar essa concepção de informação para a sociedade civil, na medida em que a organização da sociedade civil e o fortalecimento da cidadania também passam por processos decisórios, nos quais esse grupo organizado, de uma forma mais informada, apóia a sua decisão na medida que diminui certas incertezas como, por exemplo, se a polícia está vindo ou não, num processo de ocupação de terras ou o que seja. Estes conceitos, referentes à estatística e à informação em Saúde coloca novamente a questão de Estado e Sociedade Civil.

Se formos trabalhar com a hipótese do Estado produtor de uma informação útil e necessária, dentro dessa concepção que eu falei de apoiar ação, diminuindo incertezas e que essa informação seja útil para o fortalecimento da sociedade civil, é preciso que pensemos um Estado que queira se negar. É lógico que ela vai ser útil para diminuir as incertezas e apoiar ações do próprio Estado.

Então, podemos ter discussões sobre os profissionais intelectuais orgânicos que trabalham no Estado e que têm uma outra visão de mundo, e que através dessa outra visão de mundo vai criar fissuras nesse Estado no sentido de permitir mudanças, permitir transformações dentro da própria estrutura do Estado.

O que nós temos visto até agora, inclusive até poderíamos dizer, em alguns exemplos onde partidos comprometidos com o processo de transformação não têm utilizado esse processo de uma forma muito mais intensa do que poderia ser, é que a informação na Saúde continua a ser apenas estatística.

Parece que esse processo de utilizar informação para apoiar ações, tem sido, apesar de todas as dificuldades, muito mais intenso do lado da sociedade civil. A sociedade civil, com esse aspecto de autonomia, que se opõe ao Estado na questão da normatização, tem essa característica da autonomia e da liberdade. Nesse sentido, as experiências de se trazer a informação para o âmbito da autonomia e da liberdade, e centralizá-la no apoio às transformações, tem sido mais na sociedade civil. É nesta que

pode ser utilizado esse referencial de visão do mundo, de classes, de agrupamentos que visam, procuram, e buscam um processo de transformação, de emancipação. Não estamos falando aqui de emancipação de proletariado, mas de emancipação de classes subalternas, que a sociedade de classe coloca em posição muito desigual.

Se formos observar alguns processos, alguns materiais ou alguns meios por onde essa informação está sendo passada para o grande público, toma-se clara a diferença de abordagem. Por exemplo, ontem, antes do Jornal Nacional, o ministro da Saúde fez um pronunciamento sobre AIDS, porque hoje é o Dia Mundial da Luta Contra AIDS. Não sei se vocês viram o pronunciamento do senhor ministro, mas se formos contrastar essa informação com uma série de publicações de organizações da sociedade civil sobre AIDS, poderemos entender como o processo cultural permeia o processo de informação/desinformação.

É na sociedade civil onde as inovações estão sendo feitas com maior velocidade. Além do mais, é interessante notar que a sociedade civil, através de suas organizações não governamentais, também não tem preconceito contra a tecnologia. Talvez seja do conhecimento de vocês, a existência de uma rede internacional de comunicação que se chama Alternex, que é uma rede de informação, de solidariedade, que começou visando a defesa dos direitos humanos mas, hoje em dia, tem informações econômicas, informações sobre prevenção de doenças, e muitas organizações não governamentais utilizam esse processo.

Muitas vezes, nas áreas acadêmicas, observa-se um certo preconceito contra a tecnologia, que na sociedade civil não existe. Com as dificuldades que se tem de se informar, de passar essa visão de mundo, lança-se mão do que é possível, de todos os meios possíveis, de todas as possibilidades. E uma delas tem sido essas redes que têm se organizado em diversos países e que têm sido de muita utilidade no intercâmbio de informações. Neste particular, pode-se pensar na sociedade civil, nessas organizações, participando de um processo para ampliar sua visão de mundo para diferentes segmentos da sociedade e modo a impactar, digamos, um processo político.

Este processo pode significar um caminho para o fortalecimento da cidadania e para permitir que a informação seja utilizada no sentido de apoiar ações transformadoras de uma realidade social adversa.

Apenas para exemplificar esse processo nós tivemos uma experiência aqui na Universidade, no Departamento de Medicina Preventiva, onde a nossa abordagem do controle da esquistossomose se deu através de um processo de informação, comunicação, centrado na questão cultural.

Como isso foi feito? A idéia foi procurar entender qual era a visão de mundo da comunidade em relação especificamente a essa doença: formas de transmissão, como se dava o contato, o que eles imaginavam ser doença, que visão subjetiva do que causava essa doença eles tinham, quais eram as conseqüências, etc. A partir daí, desta visão de mundo da população, passamos a trazer peças de informação que eram produzidas conjuntamente com diversos segmentos da população: Grupo de jovens, senhoras católicas, grupos de vizinhos, Câmara Municipal, time de futebol, fabricantes de fogos de

artifícios, etc..

Durante todo este processo trazíamos informações, as mais completas possíveis, sobre o nosso conhecimento a respeito da esquistossomose. Por exemplo, fizemos em conjunto com a população, um ciclo completo de esquistossomose. Coletamos caramujos, mostramos como o caramujo produzia cercária, mostramos o ovo do schistosoma no microscópio, fizemos uma exposição na praça juntamente com plantas medicinais e outros elementos do saber popular relacionados à saúde e doença. Chamamos a esta exposição, "Feira de Idéias" onde poderiam ser "trocados" conhecimentos e informações. Todo este conjunto de informação era mantido e manipulado por pessoas da própria comunidade. A transmissão dessa experiência, e de outras experiências, inclusive de modificação do ambiente, para tornar menos vulnerável ou de diminuir o risco da população, eram todas documentadas através de televisão e a população ou melhor, grupos dessa população mais diferenciados, editavam e faziam um jornal. Esse jornal era passado na praça, dando as notícias do dia, o que é que tinha acontecido naquela comunidade. Os repórteres da própria comunidade, davam as notícias, entrevistavam pessoas a respeito do projeto e da vida da comunidade. Não era colocado no ar somente informações potencialmente geradoras de conflitos ou de "acirramento de conflito de classe". Havia o entendimento de que a sociedade ou comunidade com quem trabalhávamos era mais complexa que os rudimentos esquemáticos que o marxismo nos fornecia para análise da determinação histórica das doenças.

Dentro da própria equipe da pesquisa esta discussão era uma batalha constante, em função das diferentes visões de mundo e posições ideológicas/partidárias dos componentes da equipe. Alguns entendiam a sociedade como composta apenas das classes fundamentais em conflito. Outros entendiam que a sociedade era mais heterogênea, mais complexa dividida também por determinantes superestruturais: cultura, ideologia, religião, etc..

A pauta das reportagens, definidas em conjunto com a comunidade, deixava claro a complexidade daquela comunidade. Assim, não era possível transmitir uma visão particularizada, ou partidarizada dos cientistas, anuviadas pelos seus véus ideológicos.

Neste processo, todas as oportunidades eram consideradas. Por exemplo, as populações do interior têm o hábito muito comum de pregarem calendários na parede. Então fizemos um em que os grupos organizados da comunidade escolheram fotos da cidade e outros materiais, dando informação sobre o ciclo da esquistossomose. Fizemos um pequeno jornal, com artigos da população. Isto deu origem, inclusive, a que outros grupos da comunidade, que tinham uma visão e perspectiva diferente do projeto, fizessem um "pasquim" dando a visão deles, crítica, da nossa participação naquela comunidade. É lógico que não esperávamos uma unanimidade nessa abordagem.

Então, o que essas notas, talvez explicativas, querem mostrar é como se pode construir, ao invés de produzir, a informação para fortalecimento da cidadania, para apoiar ações transformadoras, ao lado da sociedade civil.

Estas experiências, poderiam ser passadas para o nível estatal, na medida em que

este fato social, se transformasse num fato político. Ou seja na medida em que as organizações da sociedade civil pudessem, num determinado momento, conseguir uma certa hegemonia política para combinar a participação social com participação política através de processos democráticos e novas formas de organização do poder do Estado.

Para esse grande grupo, que é a maioria da sociedade, é necessária a construção de uma contra-hegemonia. Daí a ênfase na questão da sociedade civil, porque essa construção da hegemonia dentro de um modelo cultural, que busca de uma identidade social aspira também o poder político.

A cidadania e a participação como fato social, através do processo organizativo, aspira também a uma representação política. E isto está acontecendo. Acontece na medida que existe um processo, ao nível de comunidade, que tem uma representação na instância política da sociedade, que é o Parlamento. Nesta eleição, está comprovado, que várias lideranças políticas podem surgir do processo de organização de uma contra-hegemonia. Por outro lado, a construção de contra-hegemonia, não quer dizer que se use apenas processos alternativos de comunicação. Pelo contrário, deve-se estar na frente, utilizando toda tecnologia disponível a qualquer momento. Não deve existir este preconceito contra a tecnologia. Não! Vamos à televisão. Esta experiência que há 8 anos atrás nós fizemos numa vila do interior da Bahia, usava vídeo-gravador, fazia edição de jornal e ia ao ar. Não competia com o Jornal Nacional, mas passava à noite, um jornal com repórteres, com tomada de ruas, âncoras e tudo mais. Então isto é o uso da tecnologia inclusive para desmistificar ou para entender o processo de mitificação da mídia, e até como é o processo de manipulação da realidade.

Parece que esse é o caminho. É lógico que, em um determinado momento, a questão da sociedade civil, e a incorporação dessas experiências da sociedade civil em propostas políticas, através de partidos políticos, podem se tornar dirigentes de um Estado com características diferenciadas, em determinado momento. Quer dizer, esta é a aspiração. democrática de poder imprimir um outro rumo à sociedade. Por exemplo, a questão do Legislativo e a importante luta no Legislativo pela quebra do monopólio na concessão de canais da televisão, e pela busca de novos canais comunitários. Hoje em dia a grande questão é , por exemplo, televisão a cabo, que vai ser a forma de televisão do futuro, não vai ser mais essa que nós estamos vivendo aqui. Tem que colocar desde agora uma luta, para que uma determinada quantidade desses canais de cabo seja para programas comunitários. Parece que são essas as questões que estão aí nesse processo. Nós não podemos pensar que esse monstro não pode ser dominado, ou não pode ser mudado, transformado em função de uma sociedade mais igualitária, que estamos buscando.

JANELAS ABERTAS PARA INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE

ALEATÓRIA JANELA

José Carlos Capinam*

Para iniciar o tema Janelas Abertas em Comunicação e Informação, na área de Saúde, posso dizer que já exerci as duas coisas. Sou médico de formação - embora não exerça hoje, tenha renunciado a essa condição - e também já fiz publicidade. Sou um publicitário e exerci durante muito tempo. Foi a minha profissão mais longamente exercida, mas hoje eu não exerço nem a condição de publicitário nem de médico. Sou apenas poeta... Faço política cultural, sou poeta mesmo, assumo isso como uma opção e uma coisa que me traz grande conforto de me referenciar como tal. O que eu posso dizer é um testemunho da minha relação com o que se pode chamar de comunicação na área de saúde, nessa área de Medicina Social.

Desde que eu me conheço eu tenho urna relação com fatos, com notícias, com publicações, com apelos, vindo dessa região que estamos chamando da coisa da Saúde. Desde a escola pública, desde a escola primária, como estudante, já no início eu recebi noções, não exatamente do sistema de ensino, do sistema oficial, mas vindo de uma estrutura paralela que trabalhava alguns conhecimentos, algumas noções de Saúde. Eu me lembro de que na década de 50, quando eu estava numa escola pública aqui de Salvador, Úrsula Catarina, essas noções eram passadas, inclusive usando mídias avançadas para aquele momento - o cinema -, através de filmes didáticos sobre saúde.

A partir do momento em que fui convidado para este seminário, esse fato me despertou muito a atenção. Eu nunca tinha percebido isso de uma forma mais interessada. Por exemplo, essa semana inteira eu fiquei, de uma certa forma, mais atento em relação

* Poeta e Médico

ao procedimento da mídia com relação a fatos ligados à Saúde.

Notei que, desde o momento em que fui convidado - e essa posição se tornou mais interessada, e de uma certa forma eu tentei sistematizar - eu verifiquei que todos os dias a grande mídia traz alguma notícia sobre Saúde. Principalmente sobre AIDS, ou exclusivamente sobre AIDS, ou majoritariamente sobre AIDS. Não houve um só dia sequer, nesse período, em que não houvesse na televisão algum apelo com respeito a isso.

Isso é muito interessante porque, na verdade, não se revela a existência de nenhuma metodologia, porque a forma como isso é feito parece ser das mais livres, mais soltas, vindas de iniciativas mais diversas de vários agentes que promovem essas mensagens. Por exemplo, eu posso dizer que nem sempre a resposta do público, de quem se espera um comportamento adequado em relação à Saúde, corresponde à expectativa de quem promove a mensagem. Não só ontem eu comentava isso com Risério, como também numa reunião preliminar nós estivemos comentando sobre uma campanha de Oswaldo Cruz, em que houve incentivo à população para combate a ratos, que consistia na troca destes por dinheiro. Isso não resultou no que se esperava, ou seja, a morte ou o combate à proliferação dos ratos. Ao contrário, a população começou a criá-los para trocá-los por dinheiro.

Então, podemos observar que isso nunca é linear. Da mesma forma está acontecendo com a questão da AIDS. Cidades como São Francisco hoje já manifestam estatisticamente um certo descuido dos grupos de risco em relação às medidas preventivas, ou seja, um certo relaxamento com relação às informações que se tem.

A estatística volta a aumentar e o uso da camisinha não é tão freqüente quanto seria de se esperar considerando a informação que o público já tem. Evidentemente é um público informado que, pelo menos, já deveria estar adotando a camisinha.

Não há, portanto, correspondência direta entre aquilo que é feito como mensagem, ou orientado, mesmo no caso da área de saúde em que as mensagens são educativas ou de uma certa forma, presumem transformar o público-alvo num público informado, um público que age segundo informações novas, orientações de cuidado.

Mas isso tem uma base, uma explicação. É que, na verdade essas mensagens escondem também, ou pelo menos não pressupõem uma grande diferença. Não só de nível cultural de cada um, mas, inclusive, dos valores da formação cultural de cada um desses públicos, que não é o mesmo. Por exemplo, lembro que uma das cartilhas mais fortes, da escola na época em que eu era estudante na escola primária, era uma cartilha, talvez escrita por Monteiro Lobato, sobre a questão da parasitose: Era uma coisa que tinha um personagem terrível - o Jeca Tatu. Na verdade era uma tentativa forte de mudar o comportamento na área rural com relação a hábitos higiênicos.

Lembro que na minha cabeça, como eu sou da área rural, isso batia de forma diferente, porque eu não me sentia um jeca, na verdade era da área rural, e me sentia mal tratado.

Não sei como é que eu estou abrindo essas janelas mas, de uma certa forma, eu percebo algumas coisas, por exemplo, o comportamento hipócrita, com as questões que estão ligadas a doenças sexualmente transmissíveis. Supõe-se que a sociedade brasileira

toda transe, e sobre o comportamento sexual não tenha nenhum preconceito, não tenha preconceito, por exemplo, com relação ao homossexualismo.

As mensagens são tratadas como se tudo fosse muito livre, muito aberto e a sociedade fosse moderníssima em relação a isso e na verdade não é. De certa forma, em alguns momentos são até burros porque, por exemplo, um dos poemas que na verdade não trata de libertinagem no campo do comportamento sexual e no campo afetivo mas, ao contrário, é um poema sobre a improbabilidade do amor, a impossibilidade do amor, é tratado como se fosse uma outra coisa, como vemos com aquele poema de Drummond, que diz: “João amava Teresa, que amava Raimundo, que amava...” Esse poema é tratado pela mídia, que o usou em uma de suas mensagens, como se fosse libertinagem. Ao contrário, o poema diz que nenhum deles amava ou nenhum deles amava a nenhum outro. Era o amor impossível, que estava ali. E isso foi usado ao contrário, como se fosse uma mensagem de que todos amavam e que todos transavam livremente, e que era uma comunidade de sexo grupal, quando na verdade não era.

Há todas essas impropriedades, como eu acho que há nesse cartaz que está aí fora, que diz mais ou menos assim: “Não faça sexo. Faça sexo seguro”. Ora, eu prefiro fazer sexo a fazer sexo seguro, certamente. Eu acho muito melhor. Porque inclusive essa abordagem hipócrita esquece que um dos maiores problemas sociais brasileiros, que a mulher conhece muito bem, é o aborto, um problema-tabu que não é tratado claramente.

Um dos outros problemas também que, por exemplo, a esquerda não trata bem e é até uma coisa mais conduzida, e elege até parlamentares ditos conservadores, é o problema do controle de natalidade. Nós temos muita dificuldade de trabalhar com isso, de uma certa forma, e aqui quase que é uma bandeira do lado conservador. O cientista Elsimar Coutinho trabalha inclusive com uma mensagem agressiva em relação a comportamentos. Ele acha que a Igreja é hipócrita e que a esquerda também é, e daí por diante ele trabalha muito bem.

Ao mesmo tempo, quando nós trabalhamos a questão da AIDS o fazemos com outra consciência. Trabalhamos como se na verdade nós não tivéssemos nenhum problema em relação ao homossexualismo, o que bate com referenciais os mais diversos e os mais complicados.

As respostas, assim, não me parecem lineares e não conseguem alterar o comportamento porque, na verdade, não reconhecem outras condicionantes do comportamento. Às vezes são mensagens dissonantes com o que se dá na sociedade. Por exemplo, na sociedade brasileira, em que a perda de virgindade ainda é um crime de honra contra família, para a maioria, não se pode pensar que o sexo é uma coisa assim praticada com a liberdade com que a mídia assume, ou de uma certa forma tenta controlar, ou tenta educar, tenta ser moderna com essa sociedade presumida moderna. Ela admite que todo mundo transa, e transa muito bem, que o homossexualismo está aí, numa boa, os grupos de risco, prostituição, legal, tudo bem, mas não percebe que dentro disso tem condicionantes muito mais severos do que a própria consciência em relação a isso. Não percebe que é o próprio preconceito social em relação a todo esse grupo.

Jairnilson numa reunião preliminar aqui provocou, de uma certa forma, que poetas,

cartunistas, antropólogos, pudessem ter uma abordagem diferente da abordagem acadêmica ou da abordagem profissional que um homem de publicidade tem quando enfrenta um problema desse. Que nós pudéssemos ter uma abordagem mais existencializada desses problemas. Penso que é uma sugestão muito interessante e revolucionária, mas eu não sei como é que eu posso tratar dessa coisa da existência; começa a complicar um pouquinho. O que eu posso dizer é que na poesia, na linguagem inclusive da dramaturgia, há exemplos de produções de peças - até esse poema do Drummond, que é um poema fantástico - muito mais eficiente para reconhecer o comportamento da intimidade, da afetividade, do que as peças publicitárias que usamos para trabalhar esses conteúdos e esses conceitos.

Por exemplo, há uma peça do Ibsen, que se chama “O Inimigo do Povo”. É uma peça, parece que, do século XIX, e não conheço e nem na escola de Medicina eu nunca tive nenhuma oportunidade de viver eticamente, ou viver de uma outra forma, um momento de consciência tão forte de alguns problemas que são atuais hoje. São problemas ecológicos, problemas de ética no campo da Ciência, problemas políticos, problemas dos interesses, dos grandes interesses de grupos econômicos. Talvez a maioria aqui conheça a peça, da qual vou só dar um “briefing”, para que, se alguém quiser situar depois a questão.

Na verdade a peça toma como elemento de discussão um balneário e uma cidade, que vive das virtudes terapêuticas da água. É uma estância hidromineral onde, de repente, começam a surgir alguns casos de doenças que se repetem, se tornam epidêmicas e ninguém sabe sua origem. É preciso saber que essa peça foi escrita num momento em que a ciência tinha um outro desenvolvimento e a questão dos microorganismos ainda não estava suficientemente divulgada. Aí um cientista coleta uma amostra dessa água, envia para uma universidade e esta devolve a análise da água dizendo que está contaminada e que a origem das doenças está justamente nas virtudes da cidade que são as suas águas. E aí começa todo um drama: diz ou não diz para a comunidade que a água está contaminada? Porque é disso que vive essa comunidade, do turismo e dos tratamentos. Vive de uma indústria da saúde. Então esse cientista começa a viver uma crise com o prefeito, que é seu irmão, com a imprensa e todo o poder econômico que é mantido pelas águas pestilentas.

É uma peça muito interessante, porque trata da ecologia, trata de problemas éticos e antecipa muita coisa que estamos vivendo agora. Seria interessante sua leitura para quem não conhece.

Essa peça me trouxe, com relação a esses problemas, esses questionamentos, muito mais que todo o meu curso de Medicina. Informou-me muito mais com relação a essa coisa da consciência médica, consciência do cientista, até dos poderes, da constituição dos poderes em relação a essa coisa, de uma forma muito mais de cultura, do que toda a minha aprendizagem, apesar dos bons professores que eu tive.

Estou, assim, querendo falar da hipocrisia da linguagem, do comportamento, que não é sempre linear, como respostas a todas essas tentativas de comunicação para obter bom comportamento. Porque não aborda outras questões. Por exemplo, questão da AIDS

tem essa preocupação, essa ocupação da mídia de forma assim, estonteante, fantástica. É o grande personagem da mídia, disputa com Sharon Stone, disputa o primeiro lugar na coisa e é muito interessante, inclusive as medidas adotadas.

Ontem eu estava lendo no jornal que o prefeito de Bauru dispensa o IPTU para aidéticos. Então eu tentei pensar se era um incentivo ou se era uma coisa piedosa para pagamento, para ajudar no tratamento que é muito caro. Hoje o jornal A Tarde traz também a segunda página toda com relação ao custo do tratamento da AIDS. São iniciativas assim de todo mundo fazer alguma coisa, o que mobiliza uma indústria fantástica. Não sei até que ponto as indústrias de camisinhas não se beneficiam disso. Não estou contra, mas é interessante começar a fazer algumas perguntas a respeito. Porque, de repente, a fome, por exemplo, precisa que o Betinho saia por aí se esfalfando para despertar atenção sobre essa questão, que é uma questão séria de saúde, que mata também e que não é uma questão talvez provocada somente pela dramaticidade de faltar agora o remédio, que no caso da AIDS seria essa a questão mais dramática, de faltar uma terapêutica eficaz. No caso da fome não. Existe uma terapia muito simples mas é aceita como uma normalidade, e faz muitos óbitos embora não seja uma questão que ameace à humanidade, como parece ser a AIDS.

Todas essas perguntas, a partir do momento em que eu fui convidado a abrir essas janelas, começaram a surgir na minha cabeça, porque na verdade até ontem eu estava também vendo isso tudo muito normalzinho, sem me preocupar tanto.

Com relação à publicidade existe uma coisa que é notável, a partir da década de 50. Muitos hábitos de consumo começam a mudar radicalmente na sociedade brasileira, apontado para uma sociedade que vem discutindo, pelo menos, isso que estamos vendo hoje menos discutido, e já implantado, que é essa questão de uma sociedade para o mercado. Uma sociedade baseada na liberdade do mercado, praticamente uma sociedade de consumo. De certa forma, desde a década de 50 isso já vem sendo trabalhado.

Posso apontar na área de comunicação pelo menos dois fatos muito importantes aqui: o surgimento de uma indústria automobilística forte e a necessidade que essa indústria começa a ter de fazer uma propaganda moderna. Uma propaganda que não seja somente de: “Melhor e melhor, maior e maior” mas que também tenta usar elementos da intimidade, elementos psicológicos, trabalhar mais o mercado de massa com outra tecnologia. Isso começa a ser introduzido na propaganda brasileira a partir da década de 50, com a Volkswagen, que é a indústria, que nos Estados Unidos cria um período em que se distingue como a propaganda criativa, mudando-se radicalmente todos os métodos.

Em São Paulo tinha uma agência - a Alcântara Machado - onde comecei a trabalhar em publicidade, por força de estar fugindo daqui em 64. Eu era militante do Centro Popular de Cultura, na época, e eu fazia direito e publicidade. Fui obrigado a fugir para o sul do país com vários baianos amigos, que foram para lá fugindo da repressão. Naquele momento essa agência começava a trabalhar duas contas revolucionárias do mercado, que eram a Volkswagen e a Margarina Saúde. Esse produto da área de alimentos também precisava enfrentar um problema forte de um mercado que já tinha se

habitado a algumas formas de consumo.

A Margarina Saúde precisava entrar disputando o mercado da manteiga. Eu prefiro até hoje manteiga a qualquer outra coisa. Então era muito difícil combater esse hábito, esse sabor. Eu lembro de um anúncio que na época, respondendo uma questão de marketing da Margarina Saúde que é essa questão do sabor do seu concorrente, era dado como um exemplo de como a publicidade pode trabalhar de forma diferente algumas dificuldades que o produto tenha no mercado. Então a Margarina Saúde é exemplar nessa questão.

A Margarina Saúde chegou a obter, no momento do seu lançamento, uma fatia muito grande do mercado que usava manteiga para bolos, porque lá o sabor da manteiga já não era tão imediatamente apreciado como no pão. E no pão ela não entrava. Então o que a Margarina fez foi um anúncio clássico, assim: são receitas de bolo, várias receitas de bolo, e ela diz: “Quem disse que Margarina Saúde só é gostosa no pão?” Era o inverso total da dificuldade que ela tinha e dava receita de bolo e jogava para o mercado essa coisa.

Então nem sempre o tratamento direto é o melhor tratamento que se pode dar a uma questão; qualquer uma das questões. Nesse caso parece que não é. Mas, não sei se para fazer um anúncio sobre AIDS eu diria, por exemplo: “Quem disse que sexo só é gostoso sem camisinha?” ou o inverso, “Quem disse que sexo só é gostoso com camisinha?” Não sei. Mas é somente uma brincadeira. Essa questão de comportamento numa sociedade desigual é uma questão difícil de ser abordada da forma tradicional, acadêmica, pela ambivalência presente na formação cultural, nos grupos religiosos, nos próprios partidos. Eu não sei, nos partidos de esquerda, nos partidos comunistas, por exemplo, antes de acabarem, pelo menos, eles não tinham acabado o preconceito com a homossexualidade, internamente, pelo menos o Partido Comunista em que eu militei. Não sei se os que ainda existem, o PC do B, se já conseguiu superar essa questão e tratar isso de uma outra forma. Não tem mais Albânia para exilar ... ou Cuba. Mas Cuba está mudando muito. Inclusive eu estive em Cuba agora e quando perguntava a questão da AIDS em Cuba, eles disseram que não tinha, porque lá o homossexualismo também não existia. Tô brincando, que eu quero muito a Cuba, mas essa é uma resposta verdadeira mesmo, mas eu até ontem não dizia isso aí publicamente, hoje já digo.

Então, fechando mais ou menos a coisa, se vocês me permitirem eu terminaria lendo um poema, aqui nesse primeiro momento. Eu resisti muito a ler esse poema aqui, porque a presença de Risério, que é...ele gosta mais de ser crítico do que poeta, então...Eu disse assim: “Bom, o Risério vai torcer o nariz pro poema, mas o público talvez goste”. Então como também eu não fiz para esse momento, eu tinha escrito, é um dos últimos poemas que eu tinha trabalhado no computador, e depois eu vi como estão presentes alguns momentos de informação na área de Saúde, eu disse assim: “Bom, eu vou ler apenas como uma aleatória janela”. Chama-se “A Eternidade aos Cinquenta” e diz assim:

*Deus não vai mais ao baile
Não tem mais truque na cartola
O Espírito Santo não decola as asas sujas exangües
Cristo, olhai para isso:
O Eterno Senhor está mais velho do que ontem
Não acha seus sais
E tem achaques de velha tia arrumando os falsos seios de silicone
Desequilibra na calçada e cai
Mergulhando a ponta da saia lamê na lama
Suas blasfêmias se perdem com o último ônibus no infinito
E nenhuma gatinha lambe o seu joelho ferido
Sangra solitariamente o pai de Cristo
Enfim o infinito saco divino está cheio dessa eterna condição
De aplacar a dor humana que espera a absolvição num ponto de táxi
Senhor, não vais mais ao baile estais tomando Prozac e Fosfosol
Depois que perdestes o último ônibus
Não cantas mais o Angelus de memória
Nem decoras os novos rocks evangélicos
Teu crânio está mais quente que uma máquina de pipocas
E nunca mais fizestes um flush nas madrugadas do pôquer
Tão murchinha ficou a tua glande
Nem viúva, solteirona ou mal casada, te abandonam todas as beatas
 madonas
Entretanto o Deus do Amor nunca te abandona
Não tens um cão como Lázaro, não tens espelho
Tendo embora o velho ego que enfim ficou cego e não mais quer se ver
 enquanto belo
Talvez o quê tu sejas agora não seja exatamente a tua aparente imagem
Talvez também não estejas onde quer que estejas o teu desejo
Puro objeto das fêmeas ou consolo das beatas e madalenas
Mas quem sabe agora esqueces a Humanidade e cuidas de ser um Deus,
 apenas.*

O OLHAR DISTANCIADO

Antonio Risério*

O primeiro problema a colocar é saber de onde estamos falando: que “lugar” é esse? Quero ressaltar que não tenho nenhuma prática médica e ao mesmo tempo estou engajado num projeto de uma instituição médica. Há um tempo atrás na verdade eu recusava qualquer discussão que dissesse respeito à saúde ou medicina. No máximo repetia aquela famosa frase do Aldous Huxley, que dizia que com o progresso da medicina ele não conhecia mais ninguém são, todo mundo tinha passado a ter algum problema. Depois engajei-me no projeto da Rede Sarah, do Centro de Estudos da Rede...e as coisas mudaram.

Ainda assim, minha situação é diferente das coisas que tenho ouvido nesse Seminário. Embora as pessoas estejam falando de dificuldades para chegar à mídia, eu trabalho numa instituição que, ao contrário, sofre justamente de uma exposição constante nos meios de comunicação, chegando a um ponto de até atrapalhar o trabalho diário no hospital aqui em Salvador; em Brasília menos.

Mas há um aspecto curioso. Capinam estava falando dos efeitos imprevisíveis de uma ação na mídia, é isso mesmo. Apesar da presença constante do Sarah na mídia é curioso observar como isso é lido pelo público de um modo geral. Vou contar uma estória sobre isso: Uma senhora que chegou lá no Sarah-Salvador e disse que queria fazer um exame. Então uma funcionária perguntou que tipo de exame era. E ela disse: “É um exame no meu filho”. “Mas qual é o problema do seu filho?”. E ela: “Ele teve uma doença e ficou aleijado, me disseram que aqui tem uma máquina onde ele faz um exame e pode voltar a caminhar”. E a funcionária: “A senhora quer fazer uma ressonância magnética?” Resposta: “Não, minha filha, é outro aparelho. Esse não é o hospital do aparelho motor?” Funcionária: “Não, senhora, esse é um hospital especializado em doenças do aparelho locomotor”. E a senhora: “É nesse aparelho mesmo que você falou, minha filha; me disseram que o meu filho pode ficar bom, que quem entra aí aleijado sai bom do outro lado”. Quer dizer, essa presença permanente na mídia dá uma leitura que é completamente inesperada.

Uma outra coisa é que, embora eu esteja numa instituição médica, entrei na Rede Sarah exatamente para que lá houvesse, também, programas extramédicos inclusive recuperando, em novo contexto, coisas tradicionais que já existiram no ensino médico brasileiro. Por exemplo, a velha Faculdade de Medicina aqui da Bahia tinha no seu

* Poeta e antropólogo, autor de, entre outros, *Carnaval Ijexá* (Corrupio, 1981); *O Público e o Político* (Paz e Terra, 1988); *Uma Utopia de Lugar* (Perspectiva, 1993) e *Textos e Trilhos* (Imago, 1993).

currículo, no século XIX, um curso de Filosofia. Entre outras coisas, o que nós fazemos no Centro de Estudos da Rede Sarah são debates, palestras, cursos de Antropologia, de História do Brasil, de Sociologia Médica. O que nós estamos tentando é ampliar a capacidade de leitura do mundo num momento de fragmentação, de super-especialização da medicina, especialmente em consequência do desenvolvimento tecnológico. Agora, antes de falar disso, vou tocar em outro ponto: o fato de que a prática médica no Brasil se converteu em escândalo. A *Áurea* reclamou ontem aqui, que só lemos sobre saúde, no Brasil, em páginas policiais de jornais. Mas na verdade fica difícil fazer de conta que não está acontecendo o que, de fato, está acontecendo. Vemos aí dinheiro do SUS financiando a campanha de uma candidata ao governo de Goiás, pagando conta de chope no interior de SP e o próprio Ministro da Saúde, o Santillo que não é flor que se cheire, repassando dinheiro público para clínica particular dele. Como não falar disso? Do outro lado, há o problema da medicina privada, com sua visão comercial, sua busca de lucros resultando em procedimentos desnecessários, em fraudes, na transformação do Brasil em campeã mundial de cesarianas.

Na verdade os médicos nunca foram santos. Acho que todo mundo aqui leu “As Viagens de Gulliver”. Logo no início do livro, quando Gulliver, que está convertido em “yahoo”, está fora do ciclo da humanidade, condiciona sua volta à convivência humana quando os advogados deixarem de trapacear, os jornalistas deixarem de mentir e os médicos forem banidos da sociedade. Como nós não podemos virar “yahoo”, permanecemos no âmbito do convívio social, então temos que discutir. A única realidade que nós podemos transformar é a realidade em que vivemos. E aí acabamos batendo de volta nos ideais político-filosóficos da Grécia Clássica no problema da cidadania, porque foi no mundo grego que se desenhou a matriz de nossos sonhos políticos e sociais. E a daí chegamos a famosa oração fúnebre de Péricles, onde ele, falando das grandes virtudes do seu povo, diz que os atenienses acham que uma pessoa que não se preocupa com o bem coletivo é um ser supérfluo. E que os atenienses acreditam que o debate é condição da ação. Agora, eu chego mais ou menos ao lugar de onde eu falo, que é anfíbio, estando ao mesmo tempo fora e dentro da prática médica hoje. Mas é um lugar muito singularizado, porque não é só a coisa da cidadania. Então, falo basicamente como um intelectual, que teve uma formação antropológica. E é assim que eu vou manifestar aqui, que eu vou analisar as coisas.

Regra geral, as análises e os debates atuais, sobre a questão da Medicina no Brasil, vêm se concentrando nos tópicos da ética médica e da moralidade pública. É natural. Corporativismo e corrupção se converteram em capítulos cruciais da agenda nacional de discussões há pelo menos uns dois ou três anos. Como se não bastasse, escândalos foram pipocando sucessivamente no terreno da Saúde, com os médicos disputando com admirável desenvoltura, o Grande Prêmio Nacional da Execração Pública. Acho ótimo que despachem chumbo grosso no fachadismo pseudo-humanitário dos mercadores da saúde e que se descortine, diante de nós, o estado patológico da medicina brasileira. Eu estava falando do Swift mas acho que hoje, diante da transformação da medicina num negócio qualquer, só que feito com vidas humanas, o Swift até que é bonzinho. Em princípio, aliás, o problema é simples. A vida humana não pode ser encarada em termos

de jogatina mercadológica digam o que disserem os arautos do neo-liberalismo. A partição da assistência médica em setores público e privado já é, em si mesma, uma perversão. Mas, em todo caso, não é diretamente de ética que eu quero falar. Vou abordar aqui outra coisa que é menos discutida.

O que tenho em mente é a subversão radical que o desenvolvimento tecnológico da medicina provocou no quadro das relações entre médico e paciente. Criou-se aí um distanciamento que precisa ser superado em função do bom andamento dessa experiência dialógica, que é o processo terapêutico. Não se trata de negar cegamente o avanço tecnológico e passar ao cultivo de pequenas fantasias alternativas. Eu não acredito nisso. É verdade que medicinas extra-ocidentais têm muito a ensinar, mas é também verdade que o simples fato de vivermos no momento presente da história do saber médico no Ocidente já nos torna automaticamente privilegiados. Quem acha que não, tente se tratar, quando for o caso, com técnicas dos incas ou dos gregos homéricos. Ao mesmo tempo, se não podemos recusar ingenuamente as conquistas tecnológicas da medicina, tampouco devemos arquivar o espírito crítico diante delas. É dessa perspectiva que coloco em tela de discussão o olhar médico contemporâneo.

Quando os médicos decidiram “ver” por dentro o corpo humano, resolveram penetrar justamente pelo nosso olho. Olhar com olhar se paga, poderíamos dizer, apontando a presença desse jogo especular, no centro mesmo da cena fáustica. E foi por aí que se chegou, em 1850, ao oftalmoscópio de Helmholtz, cientista alemão que teve lá a sua influência na formação intelectual do jovem Freud. A engenhoca de Helmholtz foi o ponto de partida do desenvolvimento da tecnologia visual da medicina. A partir dele houve um incrível aprimoramento de técnicas não invasivas de mapeamento, esquadrinhamento interno do corpo humano, em direção aos atuais sistemas computadorizados de diagnóstico por imagem, no bojo de um processo mais amplo, normalmente referido nos termos de uma passagem da medicina subjetiva para medicina objetiva, praticada em laboratórios e com instrumentos eletrônicos. Por essa via configurou-se o olhar médico tal como hoje o conhecemos.

Estou falando do médico tecnológico é claro. O que aconteceu aqui pode ser resumido assim: o olhar médico, se aproximou do organismo na medida mesmo em que se distanciou do indivíduo. É um olhar que foi se tornando íntimo, cada vez mais íntimo, da arquitetura molecular do ser humano e se tornando afastado, cada vez mais afastado, do próprio ser humano. Em poucas palavras, o olhar médico se converteu num olhar fragmentado e reificador. Fragmentado em consequência da pulverização do conhecimento médico, da proliferação de especialidades geradas ao longo do caminho que conduziu ao aparecimento do médico tecnificado, para usar a expressão do Stanley Raser. Reificador porque promoveu uma objetificação do organismo, apagando do seu horizonte o sujeito que habita esse organismo. As condições para isso foram dadas pelo desenvolvimento tecnológico, que permitiu que os médicos superassem uma espécie de dependência informacional (o discurso do paciente, os dados fornecidos pelos seus próprios sentidos), para cair em outra espécie de dependência informacional: a dependência dos dados da máquina diante da qual, não raro, eles se prostam com o fervor de um monge medieval diante do altar. O olhar médico é hoje, portanto, um olhar

distanciado. Reificando e fragmentando o indivíduo, ele descontextualiza o paciente, ignora as particularidades de sua realidade social e cultural, além de menosprezar a sua subjetividade.

Dito de outro modo, o paciente concreto foi substituído por uma espécie de representação universal da figura do paciente. A singularidade parece ter sido varrida para longe do cenário médico, condenada a se refugiar em outros espaços. Se o espaço médico não abre lugar para manifestação da singularidade e da subjetividade, estas vão se manifestar em consultórios psicanalíticos, terreiros de candomblé, centros espíritas, vivências terapêuticas variadas, técnicas místicas do Oriente, etc. Não é casual a coincidência entre o advento do médico tecnificado, decorrência do avanço tecnológico espetacular, que a medicina experimenta a partir da II Guerra Mundial, e a grande expansão comercial das psicoterapias, incluindo aqui, é claro, a psicanálise, cujos atuais excessos mercantilistas enfureceriam o velho Freud. O problema é que, se nada depõe contra a frequência a festas de candomblé ou a missas, tudo depõe contra uma prática médica que quer curar o corpo ignorando a pessoa. O quê está em jogo é a eficácia do próprio processo de comunicação interpessoal, que é o processo terapêutico. Corpos não são sistemas fechados, nem existem no vazio. A velha e venerável arte da medicina ocidental sabia disso antes que a profusão de clínicas tecnológicas asfixiasse a paisagem.

A questão, repito, não é investir contra a tecnologia, nem atirar longe o modelo biomédico moderno, substituindo por este ou aquele modelo extra-ocidental. Trata-se antes de saber como preservar o repertório tecnológico que tantos benefícios trouxe para todos nós e, ao mesmo tempo, superar o tecnicismo reificador e fragmentador. Ou, por outra, saber como enfrentar a disfunção orgânica sem passar cegamente ao largo da experiência individual da enfermidade. Para isso, o médico terá que deixar de ser um mero encanador de osso, eletricitista de moléculas ou mecânico de tubulações. E, então, há que patrocinar uma reviravolta no ensino da medicina, capacitando-o a promover uma abertura mental que foi simplesmente lacrada pelo furor especializante. Nesse sentido, em meio às estratégias de ação disponíveis, simplesmente não vejo como evitar uma espécie de retorno do recalcado, uma volta às Humanidades. O médico precisa ampliar seu horizonte mental, saber que a relação interpessoal não é substituível por aparatos automáticos. Precisa aprender a aprender, para que saiba lidar com a concretude do paciente singular. O quê se ergue aqui, no caminho da medicina, é sobretudo conhecimento sócio-antropológico. A antropologia enquanto estudo dos diversos sistemas culturais e, mais especificamente, a antropologia médica, a sócio-antropologia, aponta exatamente para recontextualização do paciente. Para a sua circunstância histórica, social e cultural, para o seu imaginário. E este é um caminho para superação da reificação objetivista. Afinal, como nos ensina a antropologia da saúde ou a antropologia do corpo, quem adoece não é simplesmente o organismo, mas o sujeito que habita o organismo. A experiência da aflição é uma realidade espiritual, não uma conjuntura celular ou uma disposição anatômica.

Em resumo, é isso. Mas como eu tenho mais alguns minutos de tempo para falar, vou tocar em mais um tópico, que já foi levantado aqui na Mesa, que é o problema da arte com essas coisas. O fato é que as manifestações estéticas brasileiras tem lidado, com

muita frequência também, com esse problema da saúde no Brasil. De forma contraditória, aliás. Se ficarmos na música popular, por exemplo, temos desde a Jovem Guarda incentivando, vamos dizer assim, o criminalismo no trânsito, até a performance epidemiológica de Caetano Veloso, falando do respeito ao sinal vermelho, e de Carlinhos Brown, com o problema da AIDS. Mas, antes que incorramos em equívocos de décadas passadas, é bom que não cultivemos nenhum dirigismo com relação à produção estética. Não podemos recair no dirigismo e temos também que respeitar comportamento alheios.

INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE: JANELAS ABERTAS PARA A ARTE E PARA A VIDA

Jairnilson Silva Paim*

*“Rio de ladeiras, civilização,
encruzilhada, cada ribanceira é uma nação.
À sua maneira, com ladrão, lavadeira, honra, tradição,
fronteiras, munição pesada.
Rio do lado sem beira,
cidadãos inteiramente loucos, com carradas de razão.
À sua maneira, com calção, com bandeiras sem explicação,
carreiras de paixão danada.
São Sebastião, crivado, nublai minha visão,
na noite da grande fogueira desvairada.
Quero ver a Mangueira, derradeira estação
quero ouvir sua batucada, ai, ai”.*

Enquanto me preparava para esse seminário, via pela televisão a invasão da Mangueira pelas Forças Armadas brasileiras. Justamente aquela mesma Mangueira que o Paulinho da Viola dizia ser tão grande que nem cabe explicação! E ela ali, diante da minha visão nublada, na televisão, ameaçada em virar, por munição pesada, uma “grande fogueira desvairada”! Pois é. Esse poema que eu li agora para vocês tem simplesmente 7 anos! Foi escrito por Chico Buarque de Hollanda para uma música do seu LP “Francisco”.

Essa é uma ilustração da grande motivação que tivemos ao pensar esse Encontro. Não no sentido de pedir aos poetas e aos artistas um certo dirigismo da sua ação. Mas abrir essa conversa, esse diálogo que, aliás, em alguns momentos desse Encontro nós já efetivamente exercitamos, para termos outra forma de ler a realidade, para termos outra maneira de ver essa realidade. E eu ousaria até dizer, de nos anteciparmos, de alguma maneira, a essa realidade.

A produção cultural, pelo menos da música popular brasileira, do cinema, do teatro, oferece vários exemplos de como os nossos artistas, os nossos intelectuais, se anteciparam, e muito, às indagações que nós, supostamente cientistas, trabalhadores da

* Prof. Adjunto do Instituto de Saúde Coletiva/ UFBA

pesquisa na área da Saúde, viríamos fazer muito tempo depois, aqui no nosso país. Se dermos exemplos de problemas como os acidentes de trabalho, os bancos de sangue, os chamados menores "de" rua ou menores "na" rua, enfim, esses pontos, essas temáticas todas, já vinham sendo colocadas pela arte muito antes de nós, da academia, nos debruçarmos para investigá-las. Penso que essa é uma consideração que deveríamos de alguma maneira explicitar, como reflexão inicial para esse tipo de discussão.

Este pensamento tem um sentido para além de um certo deslumbramento que poderíamos ter quanto a essas janelas abertas para a questão da informação e da comunicação social em saúde. A própria experiência - o Capinam citava antes o Monteiro Lobato com o seu Jeca Tatu, e poderíamos enumerar tantas outras, através da qual o campo da arte, tal como a música e a literatura se aproximou das intervenções higienistas ou das campanhas sanitárias que nós fizemos ao longo desse período - sinaliza para essa reflexão. Até hoje mesmo, nós vemos que nos dias nacionais de vacinação aparece uma figura chamada Zé Gotinha, ou então um repentista dá o seu recado nas feiras do interior do Nordeste, ou um conjunto de bonecos ou marionetes faz graça para motivar a criançada. Eu poderia afirmar, nesse particular, que se trata, fundamentalmente, de uma ação instrumental feita através da arte. Parece-me que esta postura instrumentalista em relação a arte é possível de ser criticada, passível de ser revista.

Quando nós estamos falando de janelas abertas é no sentido de entender o campo específico da arte, a liberdade e a sensibilidade que têm esses artistas para criar e ler a realidade, e com eles, justamente com os próprios, pensarmos outras formas de ver e de enfrentar esta realidade, ou seja, a situação da saúde. Acho que não é apenas essa leitura no sentido de criar espaços de mobilização ou de educação domesticadora, como foi inclusive chamado atenção por parte do Capinam, ou mesmo de espaços de conscientização, como muitos de nós de esquerda, às vezes, apelamos. Mas eu veria uma possibilidade de recuperar no coletivo aquela subjetividade perdida, do ponto de vista da clínica de que falava o Risério, mas também ignorada pela saúde pública institucionalizada. Assim, eu ponderaria a pertinência de investir, contemporaneamente, no campo dessa intersubjetividade.

Digo isso, insisto, não no sentido do deslumbramento, mas reconhecendo os nossos fracassos, os nossos limites. Quer dizer, todos nós que pensamos a questão da saúde para além do indivíduo isoladamente, para além da sua singularidade (que não se entenda de que a singularidade não seja importante), mas nós que pensamos a questão no plano social, no plano coletivo, passamos cada vez mais a entender o limite da clínica, ou melhor, os limites dos rótulos que a clínica oferece para o sofrimento dos pacientes, ou para a questão da doença na população. E o olhar epidemiológico sobre essa problemática cada vez mais foi sendo assumido como uma forma de ter um diálogo mais fácil com o social, com outras leituras sobre o social. O desenvolvimento da epidemiologia social, por exemplo, no nosso país, e na América Latina, representou efetivamente um esforço de ter um outro tipo de leitura acerca da realidade de saúde. Mas eu acho que nós estamos num momento em que cada vez mais entendemos que a

epidemiologia, por qualquer adjetivo que venha a ter, ainda é insuficiente para dar conta desses problemas que nós estamos enfrentando no entendimento da situação de saúde.

O diálogo com a antropologia, com a psicanálise, com a reflexão filosófica (e nesse particular abro um parêntese para referir-me ao brilhantismo com que foi feita essa argumentação no último Congresso da Abrasco, em Recife, por Ricardo Bruno Mendes Gonçalves quanto a questão da filosofia e a Saúde Coletiva) e o acréscimo redimensionado a essa reflexão que a sensibilidade da arte pode nos dar, eu penso que todas essas janelas abertas são o convite que nós faríamos para essa reflexão.

Talvez essa leitura da realidade de saúde, ou essa posição diante de uma dada situação de saúde, signifique ultrapassar o olhar clínico, ou o diagnóstico tal como nós aprendemos na clínica e transpusemos mecanicamente para o social. Ontem foi citado aqui pelo Flávio Magajewski a experiência de Florianópolis de treinamento dos conselheiros de saúde com um enfoque que rompe com a idéia de diagnóstico e passa a entender a análise de situação de saúde numa perspectiva interativa, em que diversos sujeitos sociais, diversos atores, têm as suas formas de descrever e explicar a realidade. Podem, portanto, ter projetos distintos diante de uma situação e essa referência aos projetos é que vai ajudar na explicação dessa realidade. Isso faz com que rompamos com a idéia de diagnóstico, de algo que está externo a nós, uma realidade congelada, e se consiga conceber uma interação entre sujeitos que têm vidas distintas, histórias diferentes, culturas diversas, e projetos políticos e sociais também diversificados. Então, essa é uma situação que hoje nos empurra - eu vou ousar um pouco diante dos intelectuais, poetas e artistas aqui presentes - para uma questão central do próprio entendimento do mundo da vida, que nós precisaríamos começar a trabalhar em relação à Saúde Coletiva.

Se nós temos os organismos, se nós temos o mundo das coisas, o que implica uma determinada racionalidade - uma racionalidade instrumental, que pretende uma certa eficiência, ou uma certa eficácia para mudar essa situação - o mundo da vida não se esgota no âmbito das coisas, o mundo da vida não se submete, exclusivamente, à razão instrumental. O mundo da vida passa pelas pessoas, pelos grupos sociais, pelas etnias, pelas classes, pelas frações de classe. E esse mundo social, que faz parte do mundo da vida, implica um outro tipo de agir que não pode ser um agir apenas instrumental. Implica um agir estratégico que significa a possibilidade de que sujeitos entrem em conflito, e que uma determinada conjugação de forças possa impor ou negociar o seu projeto.

Até aí tudo bem, nós conhecemos muito essa situação. Quantos de nós que militamos aqui ou ali entendíamos que sujeitos ou atores com quem convivíamos, eram oponentes que precisavam ser, se não neutralizados, eliminados politicamente. Creio que esta razão instrumental e essa razão estratégica, que nós ainda hoje, de alguma forma, utilizamos no campo da Saúde não dão conta de outras dimensões que os artistas e os intelectuais que aqui se manifestaram, chamavam atenção. Quer dizer, o mundo das vivências, o mundo subjetivo, o mundo que pode explicar, com toda a clareza, que pode ser mais simples ou mais gratificante trabalhar com um cigarro na boca ou mesmo transar

sem camisinha. Este mundo traz para nós da Saúde Pública, que temos o ranço do higienismo e da ação vertical sobre a cultura e sobre o comportamento das pessoas, uma reflexão e um questionamento muito grande quanto a eficácia e a pertinência de certas práticas ligadas à informação e à comunicação social em saúde. Este mundo nos convida para um agir voltado para o entendimento, um agir comunicativo na expressão de Habermas.

A possibilidade de captar as vivências, o intersubjetivo, entre os grupos que têm uma dada problemática de saúde e que interagem dentro de uma determinada situação de saúde, corresponde a uma questão que ainda merece uma reflexão maior, inclusive dos grupos que têm posições políticas comprometidas com a liberação da gente, com a emancipação das pessoas e com a constituição desses sujeitos sociais. Esse é um ponto que eu queria trazer para todos que trabalhamos com o coletivo a partir de uma visão não instrumentalista e não apenas estratégica. Teríamos, portanto, que recompor a nossa teoria, visitar os nossos métodos e criar técnicas de ação ou mesmo tecnologias, quem sabe, que, pelo menos, tentem dar conta dessa complexidade do mundo, da vida, que seguramente tem sido minimizada por muitas das ações clássicas no âmbito da saúde.

NOVOS PASSOS PARA A INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE

ALGUMAS REFLEXÕES SOBRE O PAPEL DA INFORMAÇÃO E DA COMUNICAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE NO PROCESSO DECISÓRIO

Eduardo Mota*

A função gestora em serviços de saúde inclui a necessidade permanente de analisar e aplicar informações para a decisão. Assim, a reflexão sobre este tema requer que se considere de que maneira a informação em saúde participa do momento de decisão. Questões de interesse incluem, entre outras: qual a informação necessária? Como a informação circula no momento decisório? Com que propósito? Com que conteúdo? e, de que maneira a informação traduz ou subsidia a expressão de vontades e interesses dos diversos atores presentes ou considerados presentes ao momento de decisão.

Este conjunto de questões se relaciona diretamente com um outro aspecto de igual relevância: a relação entre informação e comunicação. Isto inclui a definição da comunicação em saúde também como um elo de ligação entre os participantes ao momento decisório, tomando-se a informação em saúde necessária à decisão como o conteúdo dessa comunicação.

É necessário que a análise dessas questões seja feita sob o entendimento do processo de decisão para a modificação das condições de saúde, isto é, da decisão para a intervenção, e por conseguinte, da informação como objeto de um sistema de apoio à decisão.

O processo decisório pode ser entendido como um conjunto de elementos entre os quais se destaca o conhecimento sobre a realidade que se deseja modificar. E esse conhecimento não significa obviamente a simples disponibilidade de informação, mas

* Secretário Municipal de Saúde de Salvador

uma avaliação política da situação em saúde. Pressupõe a definição de alternativas de ação em uma escala de prioridades, formuladas de acordo com os critérios que se estabeleçam para o cumprimento dos objetivos da gestão; mobilização e articulação político-institucional e da representação social; alocação de recursos; adoção de estratégias de ação e o acompanhamento de todo o processo com a avaliação contínua dos seus resultados. Um conjunto de elementos que sem dúvida necessita de informações.

Tomando-se decisão em saúde como um processo político, próprio à interação entre atores sociais, que se desenvolve em um contexto e com uma racionalidade próprios, a informação em saúde deve subsidiar cada elemento do processo decisório sob o entendimento de que a realidade de saúde que traduz, deve influenciar decisões e modificar percepções.

Há aqui e ali a idéia de que a informação em saúde e o processo de comunicação que a veicula e a faz circular, pertencem ao mundo técnico, com participação que freqüentemente se restringe à difusão de seus produtos, retirando-se do momento da decisão tão logo tenha cumprido o suposto papel de informar ou de expor uma certa situação. É muito mais do que isso. Na verdade, é essa informação que deve conformar a linguagem dos diversos atores presentes à decisão, sendo, portanto, o conteúdo da linguagem que comunica a todos os objetivos comuns, permitindo articular recursos e condições necessárias à efetividade da ação.

A gerência de conflitos e contradições próprias à expressão de vontades nesse processo político, requer que a informação seja veiculada com conteúdo crítico, transformada pois em conhecimento. Perceber a informação como conteúdo de uma linguagem é certamente poder tomá-la como um sistema de respostas, e dessa maneira permitir a análise de seu conteúdo político, facilitando o estabelecimento de relações entre comportamentos, atitudes e práticas. A comunicação necessária entre participantes da decisão nos serviços, para modificação da situação-alvo em saúde, faz com que a informação realize seu potencial político e, mais do que fazê-la aproximar-se do momento decisório, faz com que se torne parte inerente à interação entre os atores presentes.

O processo de modificação de uma situação em saúde inclui necessariamente decisão, intervenção, avaliação e difusão. Isso muda um pouco o que habitualmente se explicita como informação-decisão-ação. A informação não pode ser somente a base desse processo. É o conteúdo da linguagem que permeia todos os momentos em gerência de serviços. Significa entender o processo saúde-doença, interagir com as forças sociais participantes, possibilitar a análise dos resultados e tornar-se essencial ao processo de difusão desses resultados, retroalimentando decisões subseqüentes. Difusão para a ampliação da consciência sanitária para a continuidade de ações pela modificação da realidade em saúde.

ALGUNS PROBLEMAS ATUAIS DA COMUNICAÇÃO NO CAMPO DA SAÚDE E DA DOENÇA

Fernando Lefèvre*

Vamos enfocar basicamente a questão da comunicação e a questão da informação será apenas tangenciada nessa exposição. Diríamos inicialmente que, de forma esquemática e superficial, nós podemos entender a comunicação humana no campo da saúde e da doença de dois modos: primeiro a comunicação seria entendida como a busca do contato, como resultado de uma intenção instrumentalizada por linguagens e discursos e seus respectivos suportes tecnológicos. A salientar, nessa definição, a idéia de contato como sendo uma idéia vital para a questão da definição de comunicação, e mencionar aqui contacto como algo que envolve, de modo significativo, um componente afetivo na comunicação.

Segundo, destacaríamos a idéia de intencionalidade. A comunicação é a busca de um contato, mas intencionalizada. Nesse sentido estamos recuperando um pouco uma definição do processo de comunicação que é dada pela semiologia que enfatiza muito essa idéia da intencionalidade. E essa intencionalidade é instrumentalizada por linguagens e discursos e seus respectivos suportes tecnológicos.

Com isso estamos, deliberadamente, dando a idéia de que consideramos mais importante para o fenômeno da comunicação, entendê-lo como linguagens e discursos e conceber a tecnologia não como uma linguagem, mas como um suporte, como se fosse o leito de um rio sobre o qual transita a linguagem, que é o aspecto mais substantivamente ligado à questão da comunicação. Essa é uma das definições do processo comunicativo no campo da saúde e da doença.

O outro modo de enfocar esse problema, a questão da comunicação, é vê-la como uma condição necessária dos sistemas biológicos. Então estamos entendendo aqui a comunicação no sentido que um teórico como Umberto Eco coloca aquilo que denomina de biossemiose. Depois vamos discutir, com um pouco mais de detalhe, o que possa vir a ser essa biossemiose. Portanto, do nosso ponto de vista, podemos entender a comunicação como envolvendo dois momentos: um momento de *interlocução* humana e um momento de *intra*locução humana. O momento em que os homens se comunicam entre si e o momento em que o homem se comunica consigo mesmo, numa relação complexa entre o seu organismo e a sua consciência. Vista assim, desse modo, a comunicação envolve a passagem de mensagens e dos efeitos que podem ou não decorrer da mesma.

* Prof. Dr. Depto. de Prática de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da USP

Para que haja, portanto, uma passagem de mensagens com sucesso, é preciso que nós resolvamos problemas ligados ao que se chama *encodificação*, e problemas ligados a *decodificação* e, finalmente, ao que, em teoria de comunicação se chama o momento pragmático da comunicação, que diz respeito aos seus efeitos. A encodificação é toda a problemática ligada à produção de mensagens. A elaboração de discursos, toda a questão retórica, a questão, enfim, dos processos de elaboração de mensagens. E a decodificação diz respeito a toda a problemática do entendimento das mensagens, da tradução das mensagens.

É óbvio que, para que um processo de comunicação seja bem sucedido, é preciso que sejam resolvidos problemas ligados à sua encodificação e à sua decodificação. Só que, como nós todos vivenciamos na área da Saúde, de maneira muito clara, através de uma série de exemplos, essas são condições necessárias mas não suficientes para que se tenha um processo de comunicação bem sucedido. E o exemplo mais claro disso é o famoso exemplo do cigarro e, digamos assim, dos demais “vícios”. Isto é, do ponto de vista comunicacional, o problema da passagem de mensagens relativas aos danos que o uso do tabaco pode causar, do ponto de vista da sua solução no que diz respeito à encodificação e à decodificação, é um assunto resolvido. Não há nenhum problema das pessoas entenderem, das mensagens serem perfeitamente inteligíveis, a respeito do cigarro. Só que o problema da pragmática não foi resolvido, evidentemente, porque o entendimento dessas mensagens não garante de modo nenhum que haja um efeito: que as pessoas deixem de fumar, ou deixem de beber, ou deixem de consumir drogas, etc.

Então, de maneira bastante sintética, é mais ou menos com esse referencial teórico, com esse quadro conceitual, que estamos entendendo que se deva conceber a questão da comunicação no campo da Saúde Coletiva.

A questão que se coloca é como essa comunicação assim entendida, repercute, isto é, como ela se reflete no campo da saúde e da doença. Diríamos que existem várias possibilidades - e esse seminário mostrou várias - de repercussão da problemática da comunicação no campo da saúde e da doença. Nós vimos, temos visto, em uma série de seminários sobre esse tema que há uma predominância muito grande do entendimento da informação e da comunicação, do ângulo do gerenciamento, do planejamento das ações de saúde e, também, para o desenvolvimento do que se chama de sociedade civil e de cidadania. De um modo geral, a questão de comunicação na sua repercussão na saúde, vai por essa linha.

Vistas sob esse prisma, comunicação e informação podem ser concebidas como instrumentos de monitoramento da doença, com o objetivo da melhoria da eficiência e da eficácia da prestação de assistência à doença. É lógico que isso é necessário, e mesmo fundamental, num país como o Brasil, com todas as carências que nós todos conhecemos. Mas a nossa idéia é que se ficarmos aí, estaremos nos recusando a avançar e a abordar a questão espinhosa da determinação social e humana do processo de saúde e doença. Se nós nos mantivermos nesse nível, estaremos, implicitamente, aceitando a idéia da doença como uma fatalidade com a qual se tem que conviver, e da saúde como uma utopia inviável.

Para sair desse impasse, torna-se necessário sair disso que no Brasil, e em outros lugares, se conhece como Campo Social da Saúde. É paradoxal: para começar a se discutir saúde temos que sair disso que se chama entre nós de Campo da Saúde.

Uma das características da Saúde Coletiva é exatamente a de conceber a questão da doença não em si, mas como um sintoma. A doença entendida como um sintoma de algo que lhe é exterior. E que está localizada fora dos centros de saúde, dos hospitais, dos sistemas de assistência médica. E está localizada no espaço da sociedade global entendida como geradora de um modo de vida, por sua vez gerador de doença, de infelicidade e de alienação.

Estamos considerando como parte integrante disso que se chama doença, ampliando duas idéias conexas que acho que, na nossa realidade, no mundo contemporâneo de hoje em dia, devem ser entendidas também como doenças, que é a infelicidade e a alienação.

Podemos agora nos perguntar a respeito desse trabalho de formiga em nível regional que se faz, e que nós presenciemos vários exemplos: se espalharmos por todos os municípios brasileiros as experiências e esse trabalho de formiga, teríamos gerado automaticamente uma sociedade não-geradora de um modo de vida gerador de doenças?

Provavelmente não. Por que não? Porque na melhor das hipóteses, o que teríamos, numa situação como essa, seria uma sociedade lidando de modo mais racional e organizado com a doença, mas não estaríamos enfrentando as suas causas mais profundas.

Para que possamos entrar num campo que poderíamos chamar de, verdadeiramente, Campo da Saúde, é preciso enfrentar, dentre outros, alguns problemas humanos graves, dos quais passaremos a listar apenas alguns considerados mais importantes.

O primeiro deles podemos chamá-lo de infelicidade consumista. O que entendemos por infelicidade consumista? Não se trata retoricamente de infelicidade. O consumismo, que é tão característico das sociedades modernas, é intrinsecamente gerador de infelicidade. Por que? Pela simples razão de que as pessoas felizes não consomem. Ou seja, a sociedade de consumo tem que gerar a insatisfação, a frustração, para que se possa estar, permanentemente, consumindo alguma coisa diferente. Se estivermos felizes não consumimos, não somos consumidores. Então a infelicidade é intrinsecamente pertencente, por definição, à sociedade de consumo. E a infelicidade, todos nós sabemos que ela é um parente muito próximo da doença.

O segundo problema que precisamos enfrentar, com certeza, é a questão da poluição e da degradação ambiental. Não num sentido puro e simples de um trabalho de ecologia, de um trabalho de educação ambiental, que são, evidentemente, trabalhos importantes. Mas precisamos enfrentar a questão, que é muito delicada para todos nós, que é o fato de que essa poluição e essa degradação ambiental estão ligadas ao industrialismo. Não a uma sociedade capitalista em princípio, mas a uma sociedade industrial. E a dificuldade em lidar com esse assunto é que nenhum de nós, com segurança, deseja abandonar o industrialismo para voltar a uma vida primitiva de tipo

segurança, deseja abandonar o industrialismo para voltar a uma vida primitiva de tipo rousseauiano. Então a dificuldade de enfrentar esse problema está aí.

Outro problema fundamental para enfrentarmos é o da competição nas relações de trabalho e nas relações humanas, que é mais que conhecido da humanidade como um todo e que, evidentemente, não nasceu com o capitalismo ou com a sociedade moderna, mas é alguma coisa de encaminhamento muito difícil para nós todos; porque o exercício do poder se coloca no plano da microfísica do tecido social, tal como se refere Foucault.

Há, ainda, que se ressaltar, como já foi colocado aqui de maneira bastante enfática, é a confusão entre realidade e ficção. Adicionaríamos a esse problema a questão da droga, como um modo, talvez perverso ou esquizóide, de criar uma realidade de ficção: a questão da droga, que nos afeta de maneira tão clara, está ligada umbilicalmente a essa questão da confusão entre realidade e ficção.

Destaca-se também a questão da sexualidade. Como o ser humano contemporâneo vai ter que lidar com a questão da sexualidade na medida em que o desenvolvimento da tecnologia permite que esta seja exercida fora da procriação. Esse é um tema extremamente delicado e de encaminhamento muito complexo.

E finalmente ressaltamos a alienação do indivíduo em relação ao seu corpo.

Esses são alguns dos problemas que estão ligados à questão da causalidade da doença, que são extremamente espinhosos, mas com os quais temos que nos defrontar. Não podemos fugir deles.

E o quê isso tem a ver com a comunicação? Tem a ver com o fato de que para enfrentarmos esses problemas é necessário fugir daquilo que chamamos de Sistema de Saúde. Esses problemas se localizam fora do chamado Sistema de Saúde. Eles afetam a sociedade global como um todo. O chamado Sistema de Saúde lida com os efeitos desses problemas. E nós, interessados em trabalhar a questão da Saúde propriamente dita, temos que lidar também com as causas.

Evidentemente uma lista de problemas dessa natureza não pode ser tratada globalmente. Isso porque se trata de uma realidade profundamente complexa.

Estamos aqui aproveitando, não sei se devida ou indevidamente, uma idéia do professor Naomar, que tem colocado essa noção da complexidade da realidade de saúde, de tal forma que faz com que sejamos obrigados a enfrentar esses problemas por partes. Ou seja, nós sanitaristas devemos nos especializar em alguns desses problemas, desenvolver, no caso, uma tecnologia comunicativa, produzir conhecimento específico para enfrentar cada um desses problemas em particular. Dentro da esteira desse pensamento do professor Naomar, eu diria que a Saúde como um todo não pode ser um objeto de um esforço comunicativo. Nós não podemos imaginar que vamos ter um objeto como a Saúde, concebido em si mesmo, a Saúde é um objeto de tal forma complexo que se torna inalcançável, inabordável, pelo menos do ângulo da comunicação. Nós somos portanto obrigados a segmentar esse objeto.

Então vamos rapidamente colocar como exemplo uma dessas questões ligadas a essa ampla problemática da Saúde, que diz respeito àquilo que falamos no começo, dessa biossemiótica, isto é, à relação de comunicação do organismo com ele mesmo, com sua consciência.

Esse é um domínio extremamente interessante da problemática da comunicação, e é alguma coisa que se tem trabalhado pouco, e acreditamos que é uma área interessante de ser explorada.

Evidentemente que se trata de uma discussão complicada e, só para dar um exemplo aqui de como essa discussão da comunicação nesse aspecto é interessante e relevante para toda essa questão que foi colocada, há uma coisa que percebi na minha tese de doutoramento, quando lidava com o entendimento do significado que aquele indivíduo atribuía ao medicamento (e os indivíduos na minha tese eram pacientes hipertensos). O que perguntava para eles é como eles viviam essa coisa de serem consumidores crônicos de medicamento. E a problemática do hipertenso sugeriu muito dessa temática a ser discutida, pois a hipertensão é uma enfermidade cruel porque há um problema comunicacional embutido nela, que é o fato de que o organismo do hipertenso não comunica com clareza, ou as vezes não comunica, simplesmente, para a sua própria consciência, que ele é ou está hipertenso. Ele passa por cima do indivíduo e comunica, diretamente, a sua enfermidade para a tecnologia, para os instrumentos que medem a pressão. Então aí nós temos um problema comunicacional interessante para estudar, e realmente quando se colhe depoimentos de pacientes hipertensos percebe-se que esse problema é muito complicado para o paciente resolver. E é um problema de comunicação, um problema de biossemiótica. E como este, evidentemente, a AIDS também tem esse componente, na medida em que ela é, durante um longo tempo, uma doença silenciosa. Toda problemática, enfim, das doenças sem sintomas, ou sem sintomas claros, colocam o problema de comunicação intra-humana. Ou seja, nós precisamos, entre outros, enfrentar esse problema, porque ele é capital.

Por quê é capital? Por quê que é importante enfrentar esse problema? É importante enfrentar esse problema porque há, nele, uma matriz ética. E esta matriz ética está ligada a um dos pontos característicos da sociedade moderna, isto é, ao fato de que o indivíduo está perdendo essa competência de entender o seu próprio corpo.

Para finalizar, fica a idéia de que é fundamental para o entendimento da problemática da Saúde, trabalhar a questão da ética da volta, para o indivíduo, do controle sobre seu corpo.

A INFORMAÇÃO, A COMUNICAÇÃO E A SAÚDE COLETIVA: ALGUMAS NOTAS

Maurício L. Barreto*

As áreas da informação e da comunicação vêm se constituindo como campos de importância crescente na saúde coletiva. O meu objetivo aqui é de apresentar, de forma bastante sumária, algumas questões com o propósito de contribuir para a reflexão e o debate de aspectos que considero relevantes nestas duas áreas e como conseqüência pertinentes à própria saúde coletiva.

A primeira questão diz respeito à complexidade da saúde e da doença enquanto fenômenos populacionais. A dinâmica populacional caracteriza-se, entre outras coisas, pelo fato de que pessoas nascem, vivem, sofrem, adoecem, utilizam serviços de saúde, e por fim, morrem. Enfim, um processo extremamente dinâmico, o qual nós, em busca de delimitarmos o próprio objeto do nosso trabalho tentamos, de diversas formas e utilizando métodos científicos ou não-científicos, o seu entendimento. Assim, constrói-se aquilo que chamaremos de “realidade sanitária”. Esta realidade é definida a partir da nossa base conceitual e da nossa capacidade perceptiva.

No plano conceitual temos questões fundamentais. Desde a história mais remota da sociedade humana se fez presente algum grau de entendimento sobre o que é saúde e o que é doença. Evidentemente, essa compreensão tem se modificado no decorrer da história, e varia entre as sociedades e dentro de uma mesma sociedade. Estas idéias organizadas compõem modelos que definirão as formas de organização das práticas de saúde. Em um dado momento, em um dado local, existirá um modelo hegemônico, o qual será contraposto por modelos alternativos, os quais, em geral, estarão em estado de alguma tensão. No momento atual, contemporâneo, em que o pensamento científico é hegemônico sobre as demais formas de pensar a questão da saúde e da doença, quais são os modelos que se colocam para a sociedade?

A sociedade moderna adotou como modelo hegemônico, o denominado modelo biomédico. É esse modelo que, por sua vez justifica e dá racionalidade aos atuais modelos de organização de serviços de saúde, incluindo a base industrial de produção de insumos necessários a esta organização. Uma série de críticas tem sido elaborada por aqueles que a ele se antepõem, incluindo o movimento da saúde coletiva. Mas, ao mesmo tempo, há um enorme e diversificado conjunto de interesses a perpetuá-lo. Nesta tarefa se incluem os mecanismos massivos de informação e comunicação reforçando o processo de afirmação desse modelo.

O modelo biomédico está fundamentado em dois elementos centrais: primeiro,

* Prof. do Instituto de Saúde Coletiva/UFBA

uma sólida base científica e segundo, uma base econômica. Se observarmos os acontecimentos ocorridos no campo das ciências biomédicas, no corrente século, observamos que após a crise da microbiologia e da perplexidade ocasionada pelo reconhecimento e crescimento das doenças crônico-degenerativas, para os quais se dispunha (e ainda se dispõe) de escassos recursos de intervenção, elementos advindos do seu mais recente paradigma - a biologia molecular - trouxeram novas perspectivas para o seu avanço e consolidação. Paralelo ao desenvolvimento das suas bases científicas floresceram pelo menos dois sistemas complexos e que assumem, no presente, dimensões gigantescas: o sistema médico-industrial, que inclui o desenvolvimento científico, tecnológico e a produção de insumos nas áreas de equipamentos, fármacos, biotecnologia etc., e um também complexo sistema de prestação de serviços, que assumiu diferentes modelos organizacionais e apresenta diversas formas para o seu financiamento. Estes dois complexos de produção, em seu conjunto, representam uma fatia considerável do total do bolo econômico na maioria das sociedades modernas. Evidentemente este modelo com todas as suas implicações, para se justificar e se reproduzir, necessita de um componente gerador de ideologia e uma complexa máquina de informação e comunicação que vá além do imaginável.... Por exemplo, vivemos no momento atual acompanhando o desenrolar do projeto genoma humano, o qual no plano científico representa avanço de grande relevância, porém, como tal, carregados de dúvidas e novas questões. Porém, a nível da mídia leiga estes feitos são apresentados como incontestáveis. A cada dia assistimos ou lemos que uma nova doença teve a sua causa associada às alterações de um gene específico. Isto significando a biologização em grau máximo da doença, pois a sua gênese estaria cada vez mais definida no interior do corpo. As nossas condições de saúde estariam definidas *a priori* pela nossa estrutura genética. Assim, se do ponto de vista estritamente científico, muitas vezes esses achados são ainda indicativos, no ponto de vista ideológico, a manutenção permanente de uma expectativa do desvendamento das causas de muitas doenças crônico-degenerativas, são extremamente importantes para justificar o modelo biomédico, manter a sua hegemonia e obter-se o aval social para a reprodução da estrutura industrial e de prestação de serviços sobre o qual ele se ancora. Não é por acaso que os grandes conglomerados farmacêuticos, na onda das novas descobertas da estrutura genética, já começam a preparar as suas unidades de desenvolvimento tecnológico e de produção industrial para o lançamento de uma nova geração de medicamentos, a denominada terapia gênica.

Por outro lado nós temos o nosso modelo, fundamentado na idéia da determinação social/ambiental da doença. Desde há alguns séculos, porém, com maior intensidade no século XIX, desenvolveu-se a idéia de que a doença tinha relações com as condições sociais e ambientais em que viviam as populações humanas. O desenvolvimento deste modelo de pensar foi muito importante, pois serviu de fundamento para uma série de reformas e mudanças que ocorreram na sociedade desde então, e que visaram a melhoria das condições de vida. Destaca-se, por exemplo, no século passado, a melhoria das condições de higiene, e em tempo atuais, uma série de questões relativas à proteção ambiental colocadas pelos movimentos de defesa da ecologia. Enquanto não seja completamente antagônico ao modelo anterior, a sua expansão ocorreu em momentos de

retração daquele, ou seja, momentos em que o modelo biomédico não estava constituído como tal (meados do séc. XIX) ou tiveram seus paradigmas questionados (p. ex. crise da microbiologia, nas primeiras décadas do século atual). Suas idéias têm aparecido com diferentes nuances e o seu último grande aparecimento foi na América Latina, no decorrer da década de 1970, onde se voltou para explicar as condições de saúde em um continente marcado por ditaduras e profundas desigualdades sociais cristalizadas ao longo de séculos de história. Devido, porém, às adversidades do contexto latino-americano tem tido pouca importância nas definições de suas políticas de intervenção social e sanitária.

As questões de saúde, assim como questões de outras ordens, são por nós percebidas a partir de nossa base conceitual e da nossa capacidade de percepção, devidamente amplificada pelos recursos tecnológicos disponíveis. Os “sinais” são emitidos pela realidade e nós de alguma forma captamos, processamos e retransmitimos. Outra característica importante desse processo é a capacidade de “padronizarmos” estas etapas, para que os “sinais” processados possam ser inteligíveis para uma comunidade e não apenas para uma pessoa. Como os processos reais são bastante complexos e dinâmicos, a nossa capacidade de percepção é limitada e mesmo com os recursos tecnológicos disponíveis até o momento, nós, em geral, apenas captamos instantâneos destes processos. A nossa base conceitual é que dará os elementos que permitirá que façamos a reconstituição, os nexos, desse processo, na tentativa de restituir a sua dinamicidade. Como agentes promotores de saúde interessamos compreender estes processos, para em seguida modificá-los. Para tanto faz-se necessário o desenvolvimento de tecnologias e a elaboração de políticas e práticas de saúde compatíveis com aquilo que entendamos que seja capaz de transformar essa realidade sanitária.

No plano metodológico essas questões têm sido com insistência sumariados no antagonismo quantitativo versus qualitativo, apesar de muitos já considerarem esta contraposição superada. O manejo de informações quantitativas ou qualitativas através de técnicas epidemiológicas, estatísticas ou antropológicas, sem distinção, mas na dependência do fenômeno investigado, vem ganhando espaço crescente, enquanto ainda limitado, na pesquisa em saúde coletiva. Contar, mensurar, analisar através de testes estatísticos são formas de percepção dos objetos tão válidas quanto a sua qualificação, sem sentido de contraposição mas de complementaridade entre as duas alternativas.

Um outro grupo de técnicas que ocupam espaço crescente são as técnicas visuais. Não só o uso da fotografia e do cinema, mas o uso de técnicas como as geográficas, computadorizadas ou não, que permitem um maior escrutinamento e esclarecimento sobre a forma de organização da doença no espaço. As imagens tem hoje uma dupla função, ao tempo em que se constituem em recursos científicos para produção de conhecimento, elas são também importantes elementos para a sua difusão. Da mesma forma que ocorrem avanços nas possibilidades de análise qualitativa ou quantitativa, avanços fantásticos ocorrem a nível das imagens. A imagem tem sido enriquecida pelos novos recursos tecnológicos permitindo novas percepções dos elementos escrutinados.

Outra área em que avanços ocorrem em intensidade crescente é na de acúmulo,

transmissão e processamento de informações. A possibilidade da guarda de informações em meio magnético tem mudado completamente a percepção de volume neste campo. Em um pequeno disco acumulam-se milhões de unidades de informação. As possibilidades e a velocidade de transmissão de informações vêm também apresentando avanços consideráveis. Em termos de processamento efetua-se em frações milésimas de tempo, processos que levariam longos períodos, ou mesmo seriam irrealizáveis sem estes recursos. Tudo isto conformando aquilo que tem-se denominado de “realidade virtual”. A realidade codificada e condensada nos discos magnéticos ou transmitida em forma de ondas de alta velocidade, para ser decodificada a partir de recursos tecnológicos cada vez mais simplificados. O mais importante é que passamos ter novos recursos que nos permitem construir modelos bem mais complexos da nossa realidade.

Conscientes das nossas limitações, porém cheios de certeza quanto às nossas possibilidades de contribuir para a melhoria das condições de vida e saúde das populações, e da importância das nossas críticas ao modelo biomédico dominante gostaria, para concluir, apenas de refletir sobre os espaços que existem para que nós, da saúde coletiva, possamos continuar a produzir conhecimentos e práticas úteis que tragam novas opções no momento da sociedade tomar decisões sobre as políticas e intervenções sanitárias a serem implementadas. E, mais importante, que possamos “comunicar” estes avanços à sociedade. Do ponto de vista conceitual e metodológico a busca de intercessão com diferentes disciplinas nos tem aberto novas possibilidades de exploração dos nossos objetos. Relativo aos fundamentos conceituais temos que continuar desenvolvendo o nosso modelo de compreensão do processo saúde doença, o que ocorrerá pelo estímulo e intensificação das nossas atividades científicas de caráter teórico ou aplicado, que leve a uma atualização da nossa compreensão do social e do ambiental. Na teoria social, as tentativas a busca de sínteses entre os conceitos macro e microsociais devem ser por nós acompanhadas. No plano ambiental, a criação de novos elementos teóricos e empíricos na geografia e a compreensão de que o bem-estar social passa pela defesa do meio ambiente, fortalece as nossas tradições ambientalistas, as quais sempre foram estratégicas nas reformas do modo de viver das sociedades. Por fim, a defesa de uma política mínima de informação em saúde que inclua os sistemas de informação existentes, principalmente aqueles que tenham bases de dados abrangentes, de qualidade, as quais permitam integrar diferentes componentes da realidade social e sanitária e que sejam desagregadas ou agregadas em bases mais elementares possíveis, deve ser uma das pautas de prioridade. A “tradução” dessas bases de dados, com a utilização de métodos adequados e de fundamentos conceituais sólidos, permitirão retirar elementos de comunicação consistentes e úteis, capazes de incentivar a sociedade a identificar suas necessidades de saúde e os caminhos para buscar as soluções mais adequadas.

CAMINHOS PARA UM NOVO RECORTE CONCEITUAL*

Antonio Fausto Neto**

Os novos cenários de problematização das condições epistemológicas que constituem o campo da “Comunicação e Saúde” merecem ser aprofundados através de distintos encaminhamentos, uma vez que, se não há ainda uma estratégia coerente, há claras indicações de um debate acerca destas articulações.

Vimos que a componente da comunicação atravessa o campo, em várias das suas dimensões, sejam acadêmicas e práticas, notadamente a constatação de que não só os estágios mas as recomendações em torno das novas políticas consagram à comunicação um status de “primeira fileira” no próprio processo gerencial das políticas de Saúde.

A nosso ver, o estabelecimento e a consolidação de um novo recorte conceitual da Comunicação, no âmbito das gamas de instituições que trabalham com a questão da Saúde, pressupõem o conhecimento e a suposição de vários caminhos (vias principais, atalhos, caminhos periféricos, baldeações, etc) de diferentes naturezas, naquilo que diz respeito às ações, providências, estratégias e rotinas que, no seu conjunto, e na sua especificidade, devem estar subordinadas a temporalidades distintas. Assim, passamos a enumerar nossa compreensão sobre o estabelecimento deste passo.

Inicialmente, entendemos que isso corresponde a uma combinatória de ações definidas e implementadas em várias instâncias. Seja na esfera teórica propriamente dita, seja na esfera das práticas, das mediações e das experimentações; seja, ainda, nos processos estratégicos formativos e de planejamento. Portanto, entendemos que a compreensão da variável comunicativa, em termos conceituais no âmbito da saúde, pressupõe o seu reconhecimento como uma área dura, no sentido das suas faculdades estratégicas e constitutiva para o campo da saúde. Por outras palavras: pelos viés interdisciplinares é que vão se construindo as novas identidades dos campos. Neste caso, a nova identidade do campo da saúde se dá, dentre outras mediações, por aquilo que o conhecimento comunicativo pode, por si próprio, oferecer como fundamentos co-legitimadores.

Esta proposição estaria organizada em torno de ações nucleadas em torno de: a) Políticas de Pesquisa e de Experimentação; b) Ações de Cooperação; c) Políticas de Treinamento e Formação de Recursos Humanos.

* Conclusão do relatório “Percepção Acerca da Constituição do Campo da Saúde e da Comunicação” elaborado para a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - ABRASCO - Nov. 1994.

** Professor Doutor da Escola de Comunicação da UFRJ

Políticas de Pesquisa e de Experimentação

Recomenda-se a intensificação de iniciativas voltadas para um melhor e maior domínio, termos qualitativos dos diferentes modelos e matrizes conceituais que estruturam os paradigmas da Comunicação. Para tanto, deve-se levar em consideração o conjunto de referências, inclusive os projetos institucionais em curso, onde se praticam reflexões e/ou ensinamentos acerca destas problemáticas. Neste sentido, lembrar-se-ia: os cursos de pós-graduação da área; os catálogos e as teses/dissertações propriamente ditas produzidas pelo campo da comunicação; relatórios e projetos de pesquisas em curso; anais, com respectivos trabalhos relatados em reuniões científicas. Considera-se da maior importância um exercício de problematizações com as questões (internas) do campo da comunicação, na medida em que elas ultrapassam largamente o domínio restrito dos estudos dos “mass medias”, se levarmos em consideração as características das linhas de pesquisas e das áreas de concentração dos programas de pós-graduação em funcionamento no País.

Parece-nos igualmente interessante a institucionalização de procedimentos em diferentes âmbitos de programas de formação e/ou de ação daqueles setores encarregados de fomentar políticas públicas, visando o estudo mais sistemático da Comunicação. Para tanto, dever-se-ia examinar modelos, matrizes e orientações metodológicas que perpassam o campo da comunicação, seja na sua esfera teórica, seja no âmbito das suas diferentes práticas.

Ainda para intensificar o debate conceitual, metodológico e operativo sobre as práticas de informação e saúde, recomendar-se-ia a eleição de programas de pesquisas que envolvessem pesquisadores dos dois campos, mediante os quais diferentes problemas pudessem ser estudados de forma sistemática. Neste caso, parece-nos oportuno lembrar que os relatórios, “papers” e documentos vários elaborados sobre a questão, apontam especialmente para a questão da eficácia das técnicas; dos processos pedagógicos; do papel ético dos atores, etc. Porém quase nada está sistematizado em termos teóricos sobre os grandes conceitos que engendram, de maneira implícita, o funcionamento das práticas sociais de saúde. Isso leva o assinalamento de problemas e desafios devidamente desatrelados das grandes matrizes que fundamentam .

Pontualmente, sugerimos que aqueles grupos mais afins com o trabalho da comunicação deveriam, no médio prazo, produzir pesquisa sobre o mapeamento das linhas, matrizes e modelos dos paradigmas da comunicação que fundamentam e orientam as práticas de Saúde. Isso naturalmente, significaria passar em revista conceitos trabalhados e uma reidentificação de tantos outros, a partir de ancoragens mais analíticas e consequentemente, críticas.

A respeito do papel da pesquisa para a definição e estabelecimento de um novo recorte conceitual, lembra-se também a necessidade de estudos mais acurados sobre o impacto das políticas de ofertas de serviços, segundo as perspectivas, estratégias e lógicas dos campos dos usuários. Evidentemente, que se trata de uma problemática bem recente, que aponta para a consideração de um outro direcionamento teórico e

metodológico do problema da recepção. Mas isso se torna cada vez mais importante, pelo fato da compreensão crítica que o campo da saúde tem dos limites das políticas configurados com metodologias transferenciais. Também pelo fato de estar muito presente nos relatórios e falas do campo, uma crítica sobre os limites destas pedagogias, mas que se fundamentam, sempre de modo geral, em posturas inferenciais, na medida em que não se dispõem de dados que resultem de operações mais empíricas à base de trabalhos qualitativos, sobre a questão.

Critica-se bastante a dimensão produtiva das estratégias de comunicação em curso, mas se passa por cima dos aspectos circulatorios dos discursos em oferta e, igualmente, das condições que o campo da recepção reúne e estabelece para construir formas de apropriação das mensagens. Como se disse, este é um campo muito novo na tradição da pesquisa em comunicação. Mas há sintomas de uma discussão organizada sobre o tema, o que tem favorecido, por exemplo, o mapeamento de literatura; a formação de grupos de trabalho; a oferta de disciplinas nos programas de pós-graduação; a realização das primeiras pesquisas, providências que, de uma forma ou de outra, vão aglutinando os pesquisadores em torno de um tema sobre as potencialidades destes novos métodos de análise. De maneira mais pontual, estimar-se-ia que fosse desenhado um programa de pesquisa, com um desenvolvimento de duração relativa, visando estudar, com o concurso das teorias e das metodologias da pesquisa, as lógicas de apropriação das ofertas de mensagens de saúde, por parte dos usuários sociais. Este tipo de pesquisa proporcionaria, dentre outras coisas, o conhecimento de outros protocolos e de outros procedimentos comunicativos, por parte dos usuários que, em muito, enriqueceriam o avanço dos estudos sobre as questões das políticas de linguagens dos usuários.

A pesquisa deve ser também prestigiada, especialmente em iniciativas que se voltem a dar conta das virtudes e dos desafios das novas tecnologias de comunicação, naturalmente no interior dos seus protocolos de funcionamento. A exemplo da questão da recepção, existe um discurso acerca das novas tecnologias quase sempre calcado em pressões que resultam de observações exteriores às posturas que pudessem captar e descrever, de maneira mais fina, a economia de funcionamento das técnicas de comunicação. Particularmente, daí se tirando conclusões sobre a pertinência de cada objeto e cultura técnicas, para diferentes situações. Por outras palavras, entende-se que se deve criar uma cultura de compreensão de funcionamento das técnicas para além de pressuposições, algumas preconceituosas e algumas capturadas por pontos de vistas que quase sempre não resultam do trabalho de descrição e de observação do pesquisador. Sugere-se assim o desenvolvimento de pesquisas que procurem dar conta dos processos de experimentação de linguagens e das novas tecnologias de comunicação.

Políticas de Cooperação

Parte das questões assinaladas anteriormente pode ser contemplada através de programas de cooperação técnico-acadêmica com diferentes instituições do campo da

Comunicação. Assim sendo, entende-se por exemplo sobre a necessidade de um diálogo mais pragmático com os programas de pós-graduação, visando integralização de conteúdos; abertura de disciplinas; garantia de orientação de teses e de pesquisas; visando assegurar uma reflexão mais sistemática destas questões por parte de recursos humanos do campo da saúde.

Daí, entende-se também a criação de grupos de pesquisas dos dois campos que pudessem ter assentos nos programas de pós-graduação; nos trabalhos das entidades científicas e outros fóruns, visando-se a produção de um processo reflexivo mais articulado.

Também dever-se-ia trabalhar no sentido das interações dos programas específicos de Saúde e de Comunicação, em termos de Graduação e da Comunicação, objetivando a aproximação de problemáticas a serem pensadas no interior de estruturas e estratégias curriculares.

Esta idéia não invalidaria, por exemplo, a oportunidade da existência de novos programas - especialmente a título de especialização - que pudesse pensar o problema da Comunicação de uma forma aplicada ao campo da Saúde. Neste caso, recomendar-se-ia, quanto à efetividade de um programa continuado, de natureza da especialização, que procurasse promover treinamento de recursos humanos, em fórum universitário, sobre problemas da Saúde, da perspectiva do instrumental da Comunicação. Programa que pudesse ter, inclusive, mobilidade.

Ao mesmo tempo, a criação de grupos de pesquisa que, além da dimensão do ensino, pudessem, em termos da investigação, conduzir a discussão de problemas pontuais. Tal processo, não só seria útil como revelação e debate de problemas, como institucionalizaria formas de interação mais continuadas entre os pesquisadores dos distintos campos. Tais recortes são iniciativas bastantes jovens, quase sempre “rejeitadas” pelas preocupações corporativas e pela estrutura das burocracias universitárias, estas fundadas em modelos estanques e com fronteiras muito rígidas. Mas há que insistir!

Entendemos que existem programas de pesquisa que decididamente não podem ser conduzidos por “mãos exclusivas”, razão pela qual há urgência no desenho de novas estruturas de equipes e de estratégias metodológicas que, assim sendo, estariam também nestas circunstâncias efetivando o discurso da interdisciplinaridade.

Tais ações de cooperação não devem ficar, porém, restritas a uma certa dimensão das relações das grandes instituições, geralmente encarregadas de produzir e formular as macropolíticas. Por essa razão, sugere-se os outros formatos de políticas de formação e de treinamento de recursos humanos, especialmente nas instancias intermediárias.

Políticas de Formação de Recursos Humanos

Face à complexidade do sistema de saúde, constituído de várias agências, múltiplos serviços, diversificados segmentos de recursos humanos, para não esquecer o elenco significativo das diferentes práticas (inclusive comunicacionais), entende-se sobre

a necessidade de uma política que operacionalize diferentes formatos de iniciativas voltadas para o treinamento e formação permanente dos recursos humanos. Como dissemos, não se trata de se privilegiar apenas a formação dos núcleos formuladores, mas também dos vários interstícios que estão envolvidos nas diferentes “engenharias” das políticas.

Se tomarmos, por exemplo, o universo da produção de políticas, veremos a existência de diferentes estratos de recursos humanos, dotados de diferentes competências e inserções. Esta complexidade já gera, em si, várias diferenciações. Ocorreu-nos observar que quando os núcleos avaliadores das políticas de comunicação em saúde tecem comentários sobre as ações de segmentos técnicos “subalternos”, o fazem geralmente atribuindo-lhes os equívocos, as distorções e os fracassos de algumas iniciativas. É o caso, geralmente, das reflexões em torno dos papéis das chamadas “assessorias de comunicação”, que por si já apresentam competência bem particular no interior do sistema. Porém, o que deve ser acrescentado também é que estes tais núcleos avaliadores, poupam a si próprios, desconhecendo que “fragilidades” e equívocos também se produzem no seu interior.

Parece-nos que todos os segmentos que estejam engajados diretamente na formulação, execução e avaliação de políticas de comunicação deveriam estar às voltas com processos de treinamentos metodológicos, que possam lhes assegurar uma disseminação mais compartilhada de questões centrais para o sistema. Esta recomendação é feita com bastante ênfase, justamente para evitar que a prática comunicacional do sistema já seja eivada de uma divisão social de trabalho entre “pensadores” e “executores”. Neste caso, treinamentos pontuais sobre as novas teorias da comunicação; o papel das metodologias qualitativas; as possibilidades da pesquisa da recepção como o estabelecimento de um novo contrato entre os campos da oferta e da demanda de políticas; um aprofundamento mais crítico da discussão em torno da questão do “controle social”, privilegiando-se de maneira mais aprofundada certas problematizações que ultrapassam, decididamente, um discurso triunfalista, retirando-se as dimensões conflituais que imperam sobre todo o processo de transferência/apropriação de tecnologias e políticas.

Deve se pensar o desenho de novos fóruns de trabalho que possam ensinar, mecanismos interativos que possibilitem aos técnicos e especialistas de diferentes campos, e engajados em hierarquias distintas, a produzir formatos de treinamentos ao campo da saúde, oferecendo-lhe, assim, práticas que efetivem a interdisciplinaridade. Isso implica conseqüentemente, o estabelecimento de diálogos mais **finos**, em cima de problemáticas pontuais.

Por fim, recomenda-se também que seja desenhado um programa de ação multi-institucional constituído por agentes de instituições que desenvolvem programas afins aos campos da Saúde e da Comunicação, visando a institucionalização de novos modelos de treinamentos. Estas ações podem se concretizar através de fóruns, oficinas, projetos de pesquisas, ciclos de atualização e que podem ser perfeitamente exequíveis, como insumos das próprias políticas e instituições **envolvidas**.

Grosso modo, parte das ações previstas para os itens pesquisa, ações de cooperação e, por fim, o que se refere a treinamento, requerem um esforço para que se busque a efetivação de um planejamento mínimo, a ser construído por agentes/núcleos dos dois campos. Um bom começo poderia se dar através: a) dos sindicatos associativos; b) escolas e programas de pós-graduação das áreas; c) das entidades de pós-graduação; de fundações e/ou núcleos de pesquisas especializados; e d) por que não, pela ação dos próprios pesquisadores. Este planejamento deve instituir metas, e neste caso os ciclos de treinamentos metodológicos devem estar rigorosamente inseridos em calendários de ações.

Finalizando estas impressões, devemos ainda insistir em alguns pontos, conforme o que se segue:

Deve-se insistir na realização de um **mapeamento analítico** dos processos de comunicação em funcionamento, visando-se extrair: a) matrizes teóricas que fundamentam as experimentações; b) características das ações em termos metodológicos; c) percepção dos processos de apropriação por parte dos usuários; d) temáticas trabalhadas; e) técnicas e/ou procedimentos correlatos utilizados, etc.

Este material poderia ser submetido à apreciação de consultorias de especialistas externos ao campo, no sentido de que os mesmos procedam formas de escutas e de devolução de alguns assinalamentos que possam melhor esclarecer e fundamentar a estruturação das políticas.

Eleição de financiamentos que assegurem a implementação de um conjunto de eventos e de iniciativas que visem o desenvolvimento de um programa avaliativo do próprio campo, no que diz respeito aos processos de configurações conceituais, além daquelas iniciativas que visam discutir as fronteiras e os elementos constituintes do campo. Tais financiamentos devem ser extensivos, por exemplo, àquelas políticas de experimentação de linguagens, além das pesquisas que objetivem a devolução de informações a respeito das próprias indagações que o campo faz sobre seus respectivos recortes conceituais.

Eleição e adoção de um conjunto de ações políticas a serem desenvolvidas junto a campos afins, de caráter estratégico, como por exemplo o setor dos medias. Parece-nos que uma reflexão sobre este universo deve ultrapassar a crítica denunciante que, normalmente, é apontada para, em seu lugar se ver nascer o estabelecimento de outros protocolos de trabalho que busquem, por exemplo, o resgate efetivo das possibilidades dos medias desenvolverem certas ações compatíveis com as políticas de saúde.

A remodelação do atual estilo de trabalho comunicativo, centrado no atendimento à demanda tradicionalmente estruturada do setor, requer uma “mirada para dentro” dos próprios componentes do setor, no sentido de estabelecerem metas e estratégias; de reavaliarem caminhos; de indagarem sobre o domínio de conceitos estratégicos como, por exemplo, o de controle social e sobre as posturas nele existentes a respeito da “cultura dos medias”, etc.

A adoção de uma outra matriz comunicacional, compatível com os ideais da cidadania, requer fundamentalmente um “auto-trabalho” do sistema revendo suas práticas

e respectivos fundamentos, além de adotar níveis de interação e de defrontações com outros núcleos de conhecimentos de onde, possivelmente, a interdisciplinaridade possa apontar para novos desenhos e possibilidades de trabalho intersectorial.

E suma, já existe uma massa de material significativo no interior deste imenso “canteiro de obras” que é o campo da Saúde Coletiva. Também um trabalho e um razoável lastro, acerca das indagações, limites e possibilidades de novas perspectivas de ações e de políticas. É preciso reconhecer, portanto, que neste “canteiro de obras” se dispõe de uma “massa de material” que informa sobre passos importantes já dados na construção deste projeto. E como sempre se “pega o bonde andando”, espera-se que estes caminhos continuem a ser percorridos para o que são, inexoravelmente importantes, trajetos já conhecidos e resultados já obtidos.

Coordenação Gráfica
CEBES - Centro de Estudos de Saúde

Editoração Eletrônica
Visualitá Programação Visual

Revisão
Maria Eneida de Almeida

Impressão / Acabamento
Área de Produção Gráfica-Editorial
Assessoria de Comunicação Social do Ministério da Saúde
SIA Trecho 4 lotes 540-610
Fones.: 233-2020 / 233-1774 Fax.: (061) 233-9558
Cep.: 71.200-040 - Brasília - DF

