

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde

Av. Brasil, nº 4365 – Manguinhos – Rio de Janeiro/RJ.

Curso: Curso de Especialização em Comunicação e Saúde

Aluno: **Emerson Caldas de Andrade**

Data: 1º.12.2009

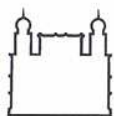
Projeto de Pesquisa - Avaliação Final

Tema:

Estratégias de comunicação e educação em saúde na Funasa/PB.

Emerson Caldas de Andrade

Rio de Janeiro/ RJ - 2009



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ICICT
Instituto de Comunicação e Informação
Científica e Tecnológica em Saúde

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM COMUNICAÇÃO E SAÚDE - 2009

Título:

Estudo de caso: as ações de comunicação e educação em saúde contribuem para mudanças de hábitos saudáveis e melhora dos indicadores epidemiológicos nas comunidades rurais beneficiadas com ações de saneamento ambiental.

Emerson Caldas de Andrade

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

Orientadora: ***Prof^a Dr^a Francini Lube Guizardi***

Rio de Janeiro/RJ - dezembro de 2009

DEDICATÓRIA

À minha esposa, Alessandra Braz:
Exemplo acadêmico e grande incentivadora.

Ao meu filho, Davi:
Razão de busca, avanços e conquistas.

AGRADECIMENTOS

À Deus, por tornar possível a realização de mais um sonho e me dar condições e forças nos momentos necessários.

Aos meus pais e toda a minha família, pela confiança e apoio.

À minha cunhada Fabíola e seu esposo Thiago, professores doutores e pesquisadores exemplares, pela alegria exuberante e flagrante em me ver nesse caminho.

À direção da pós-graduação, os professores, secretárias, colegas e amigos de curso (em especial, Tânia Regina) que, de modo direto ou indireto, colaboraram para o término desse primeiro passo.

À minha orientadora, Professora Doutora Francinni Lube Guizardi, pela paciência e inestimável enriquecimento científico; pela condução do trabalho final com extrema competência.

Aos Professores que ministraram as aulas no decorrer de todo o curso, que me inspiraram e me forneceram subsídios teórico-práticos para alcançar mais este objetivo profissional.

À Coordenação do curso que com muita competência conduziu as atividades no decorrer de todo o ano, em especial a Professora Janine Miranda Cardoso.

À FUNASA que confiou na minha capacidade e na importância do desenvolvimento científico para a instituição; que possibilitou, liberou e bancou minhas viagens e estadias no Rio de Janeiro nessas longas 11 semanas de realização do curso.

E, finalmente, à FIOCRUZ pela oportunidade. A vocês, que formam essa conceituadíssima instituição, os meus mais sinceros agradecimentos.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	05
1.1. Saúde Pública e o SUS	05
1.2. Comunicação	06
2. JUSTIFICATIVA	10
3. OBJETIVOS	12
3.1 Objetivo Geral	12
3.2 Objetivos Específicos	12
4. PROBLEMAS	13
5. EMBASAMENTO TEÓRICO	14
5.1 Política, participação e controle social	14
5.2 Promoção da saúde, poder e polifonia.....	17
5.3 Educação popular	20
6. METODOLOGIA.....	24
6.1 As ações de comunicação em saúde na Funasa.....	24
6.2 Campo empírico do estudo.....	26
6.3 Algumas características dos municípios analisados	27
6.3 Procedimentos metodológicos.....	29
7. CRONOGRAMA	31
8. ORÇAMENTO.....	32
9. REFERÊNCIAS	33

1.) INTRODUÇÃO:

1.1) Saúde Pública e o SUS

A sociedade brasileira e os profissionais da área de saúde pública e/ou coletiva e demais profissionais, que de certa forma, se engajaram e participaram do movimento social da reforma sanitária no Brasil - os reformistas - mudaram a história da saúde pública no País. Foram muitas décadas de lutas e, até hoje, muitos são os desafios colocados ao movimento social da reforma sanitária. Após a promulgação da Constituição Federal de 1988, conseguiu-se garantir à população o direito à saúde como dever do Estado. Naquele momento, foi consolidada uma política de saúde pública que assegurava a todos, independentemente de contribuição previdenciária, o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde por meio da instituição do Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, sabe-se o quanto o SUS precisa avançar para conquistar os objetivos preconizados e a satisfação dos usuários. Na lei está previsto que todos têm direito à saúde, independente de raça, gênero, idade, classe social, porém, na prática, se percebe, ainda, uma grande insatisfação e descrença com relação ao SUS (Mendes, 1996).

Por outro lado, o fato da sociedade ter participado efetivamente de toda esta construção política confere legitimidade ao movimento sanitário e à política social alcançada, pois, neste caso concreto, as comunidades não foram meros expectadores e sim sujeitos efetivos no processo. Pode-se dizer que, apesar de tantos obstáculos a serem transpostos, muitas são as conquistas, como também os limites e os desafios. Segundo Mendes, as perspectivas do SUS são boas até mesmo porque tal política tem legitimidade e é travada no embate político, ideológico e tecnológico entre diversos atores sociais, impulsionado constantemente pelo movimento social e também por tratar-se de um processo social em construção (Mendes, 1996). Apesar de concordar com o autor, que o SUS é um processo social em construção em pleno desenvolvimento, tem-se que reconhecer que, após duas décadas da sua concepção, muitas são as críticas e os desafios para que a política proposta seja realmente efetivada como prevista na Carta Magna. Muito embora, sejam incontestáveis os avanços, como por exemplo, a significativa redução da mortalidade geral que diminuiu nestes últimos vinte anos, passando de 6,26 por mil habitantes, em 1980, para 5,6 por mil habitantes em 2002 (Noronha, 2005).

Por outro lado, são inúmeros os confrontos de interesses econômicos e políticos no interior do campo da saúde, e a conseqüente luta pela ocupação dos diferentes espaços institucionais por representantes desses interesses tem sido um dos principais problemas para a consolidação do SUS (Luz, 1991). As indústrias de fármacos, de materiais e equipamentos hospitalares, de produtos e insumos, donos de hospitais, grupos de planos de saúde e várias outras empresas que movimentam o complexo médico industrial na saúde, direta ou indiretamente, não têm interesse na construção de novos modelos assistenciais, focado, por exemplo, na promoção da saúde, vigilância em saúde e qualidade de vida.

Neste estudo serão considerados os conceitos de promoção da saúde previstos na Declaração de Alma-Ata, realizada em 1978 e na 1ª Conferência Internacional sobre promoção da saúde (Carta de Ottawa em 1986), em que se considera saúde como estado completo de bem-estar físico, mental e social e que a promoção da saúde consiste em proporcionar ao povo os meios necessários para melhorar a saúde e exercer o controle sobre a mesma, incorporando a qualidade de vida como fator determinante.

Por fim, pode-se atribuir também parte destas dificuldades a um, ainda precário, controle social. Na saúde, “controle social” significa a própria sociedade participando da construção, manutenção e gestão das políticas públicas, como também reivindicando os direitos e cobrando serviços de qualidade. Controle esse que deveria ser exercido pela sociedade em geral e que necessitaria ser mais presente e atuante. Como exemplo desse precário exercício do controle social, pode-se citar as barreiras encontradas no desempenho de muitos dos conselhos de saúde instituídos, isso quando os mesmos não existem apenas para cumprir as prerrogativas e exigências legais de habilitação nos modelos de gestão, ou seja, constituídos apenas formalmente.

1.2) Comunicação

Diferentemente do campo da saúde, a comunicação não dispôs de tantas mobilizações sociais, nem de muitas lutas na área, e a “grande mídia”, por sua vez, defende os interesses dos donos dos meios de comunicação ou dos que as financiam. Dos 9.477 veículos existentes no Brasil, cerca de 70% destes veículos de comunicação (emissoras de rádio, tevês, revistas e jornais

impressos) são de propriedade¹ de políticos ou estão nas mãos de pessoas que os representam. Além de que, pode-se dizer que ainda não existe uma política pública de comunicação definida no Brasil.

Cabe lembrar que vivemos em um mundo capitalista e em uma sociedade globalizada, em que os interesses econômicos se sobrepõem às necessidades coletivas e/ou sociais. Nos dias atuais, considera-se, como diz Milton Santos, a existência de pelo menos três mundos num só. O mundo tal como nos fazem vê-lo, o mundo tal como ele é, e o mundo como ele pode ser, principalmente considerando as nossas possíveis intervenções, como comunidade participativa (Santos, 2003).

No Brasil, nos deparamos constantemente com situações de grandes desigualdades sociais, o desenvolvimento econômico “morando” ao lado de graves problemas estruturais e sociais. A comunicação e a educação são essenciais para impulsionar estas intervenções político-sociais. Posto que as políticas públicas só se configuram como tais quando assumem visibilidade e são disponibilizadas por meio de processos comunicacionais, mediados pelas instituições e que caracterizam uma ação de intervenção social (Araújo, 2002).

Apesar da ausência de uma política de comunicação e da supremacia dos modelos de comunicação puramente informacional e hegemônico, vêm surgindo alguns cursos de especialização e aperfeiçoamento voltados para profissionais da comunicação, que visam preparar um novo agente desse campo que não se contente unicamente com a confecção de instrumentos de divulgação institucional, mas que se qualifiquem para participar do planejamento, geração, implantação e gestão de políticas públicas em diversas áreas de intervenção social, tais como saúde, meio ambiente, trabalho, atenção à infância, combate à violência entre outras (Araújo, 2002).

Na comunicação, assim como na saúde, as construções das políticas públicas expressam uma luta por hegemonia que passa por muitos embates e diversos interesses econômicos. Não se

¹ Disponível em: www.donosdamidia.com.br - O **Projeto Donos da Mídia** reúne dados públicos e informações fornecidas pelos grupos de mídia para montar um panorama completo da mídia no Brasil, onde estão detalhadas diversas informações sobre os seguintes tipos de veículos: emissoras e retransmissoras de TV; rádios AM, FM, Comunitárias, OT e OC; operadoras de TV a cabo, MMDS e DTH; canais de TV por assinatura; e as principais revistas e jornais impressos.

trata, portanto, de uma luta fácil, e talvez, por isso, alguns espaços acadêmicos resistam ainda conservando o velho paradigma, no âmbito da graduação, como também na pós-graduação (Araújo, 2002).

Nesta sociedade capitalista em que vivemos as classes dominantes desejam continuar a exercer seu poder, principalmente por meio da linguagem e do discurso. Utilizando-se da comunicação para tornar suas representações particulares aceitas por todos como se fossem verdades universais. Assim, suas idéias são, em cada época, as idéias dominantes. Isso só é possível pela capacidade deformadora dessas idéias que "naturalizam a história", ocultando as contradições sociais (Ribeiro, 2004).

No campo da "comunicação e saúde", vislumbra-se uma das alternativas possíveis frente às necessidades do SUS, como colaboração ao processo em construção da saúde pública. Este campo comunga e propõe uma comunicação dialógica e mostra-se importante na elaboração de estratégias de comunicação e na construção de novas políticas públicas, procurando constituir-se como espaço democrático, interativo e dinâmico. Principalmente contra-hegemônico ao modelo de comunicação que se tem atualmente, com o objetivo de divulgação de informações e conhecimentos de saúde; do direito à saúde; das diretrizes e princípios do SUS, destinado aos profissionais, conselheiros, professores, alunos desta área, lideranças comunitárias, secretários e gestores, assim como à sociedade em geral.

Acredita-se, portanto, que a saúde pública, utilizando-se de estratégias de comunicação e ações de educação popular em saúde, encontra um espaço propício para disseminar idéias e discursos contra-hegemônicos, visando atender aos anseios dos segmentos que reclamam por justiça social e buscando participação da sociedade, desenvolvimento sustentável, valores éticos, bem como a promoção da saúde.

Por fim, considerando a importância do campo da comunicação inserido no contexto do SUS, e partindo do princípio de que a saúde é mais do que a mera ausência de doença, prevenção ou mesmo da cura das enfermidades, ou seja, considerando o conceito ampliado de saúde, que norteia as propostas de promoção à saúde e vigilância em saúde, percebendo e reconhecendo a importância do recente campo de "Comunicação e Saúde" na contribuição da consolidação do SUS, esta pesquisa em comunidades rurais se propõe a investigar como e, se, as ações de comunicação e educação em saúde contribuem para a mudança de hábitos, produção dos sentidos

e melhora dos indicadores epidemiológicos das comunidades assistidas com obras de saneamento financiadas pela Funasa.

2.) **JUSTIFICATIVA:**

Atualmente, estima-se que cerca de um bilhão de pessoas não dispõem de água potável. Sabe-se também que cada metro cúbico de água utilizada produz, pelo menos, outro metro cúbico de esgoto sanitário. Cerca de 86,9 milhões de brasileiros vivem em domicílios desprovidos de sistemas de coleta do esgoto sanitário (PNUD², 2009).

Na população diretamente afetada, as crianças são as mais atingidas, pois 15 crianças de 0 a 4 anos morrem por dia no Brasil em decorrência da falta de saneamento básico, principalmente de esgotamento sanitário. Aproximadamente 1,8 bilhões de pessoas no mundo não têm acesso a sanitários e esgoto (PNUD, 2009).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que para cada real investido no setor de saneamento, economiza-se cerca de quatro reais na área de atenção à saúde, ou seja, atendimento ambulatorial, hospitalar e medicamentoso. Por isso, atualmente o saneamento ambiental é considerado a principal meta de desenvolvimento do milênio e trata-se de uma área de extrema relevância para a saúde pública e qualidade de vida dos povos (PNUD, 2009).

Acredita-se, ainda, que as obras por si só não produzem os efeitos desejados, pois em muitos casos as populações utilizam-se destes recursos de maneira inadequada e não se apropriam dos conhecimentos e hábitos necessários para o alcance da promoção à saúde. No estado da Paraíba, por exemplo, a Funasa tem investido aproximadamente 80 milhões de reais por ano. Atualmente, são cerca de 200 municípios contemplados, sendo mais de 2.000 convênios celebrados desde 1999, e, quase 1.100 que ainda estão em vigor. No entanto, apesar destes expressivos números, os serviços prestados às comunidades não são avaliados qualitativamente, por parte da instituição. Apenas são realizadas e consideradas as prestações de contas contábeis (comprovações dos gastos) e da conclusão da execução da obra em si.

Portanto, este estudo busca obter conhecimento sobre a percepção das comunidades assistidas e justifica-se pela necessidade de avaliar se as ações efetivadas pela FUNASA produzem a mudança de hábitos, com a conseqüente melhora dos índices epidemiológicos dos

² Disponível em www.pnud.org.br (PNUD – Programa das Nações Unidas para o desenvolvimento)

grupos beneficiados. Além de que poderá subsidiar a compreensão do funcionamento do serviço, podendo proporcionar, posteriormente, sugestões para melhorias das estratégias.

Por último, por tratar-se de um assunto relevante, a presente investigação poderá ainda fomentar outras estratégias de comunicação/educação em saúde, no âmbito da Funasa na Paraíba, bem como a formulação e aplicação de novas políticas.

3.) OBJETIVOS:

3.1) OBJETIVO GERAL

=> Analisar a percepção de saúde das comunidades rurais, dos municípios de Alagoinha e Dona Inês, beneficiadas pelas ações de saneamento ambiental da Funasa, no sentido de compreender os efeitos das estratégias de comunicação e educação em saúde na transformação de suas práticas de saúde e no desenvolvimento de intervenções orientadas para a promoção da saúde.

3.2) OBJETIVOS ESPECÍFICOS

=> Verificar a percepção das comunidades sobre o processo saúde-doença e sobre suas relações com as intervenções realizadas pela Funasa;

=> Analisar os índices epidemiológicos das comunidades pesquisadas;

=> Compreender se as ações de comunicação contribuem para uma maior participação e exercício do controle social das comunidades beneficiadas;

=> Estudar as intervenções de comunicação e mobilização social promovidas pela Funasa nos referidos convênios;

=> Avaliar o funcionamento do serviço.

4.) PROBLEMA(S):

4.1) Como as famílias beneficiadas se apropriam das informações e estratégias de comunicação, produzindo sentidos no que diz respeito à saúde e promoção da saúde?

4.2) Qual o impacto das estratégias de comunicação e de educação em saúde na melhoria dos indicadores epidemiológicos das comunidades beneficiadas pelas obras de saneamento financiadas pela Funasa?

5.) EMBASAMENTO TEÓRICO:

5.1) Política, participação e controle social

Considera-se ser necessário a qualquer intervenção pública, um planejamento e uma política geral estabelecida e bem definida. No caso da comunicação e saúde, por exemplo, pressupõe-se que deva existir uma política de comunicação em saúde, que por sua vez tenha seus planos, estratégias, ações e dispositivos de enunciação (materiais) construídos e disseminados, em cada local, considerando os lugares de interlocução, os contextos, a polifonia e, conseqüentemente, os princípios do SUS. Sempre respeitando e considerando os saberes populares e os vários modelos de assistência à saúde e de comunicação possíveis, ou seja, não apenas os modelos hegemônicos vigentes.

Parte-se do pressuposto e entende-se que a saúde pública e o SUS passaram, passam e ainda deverão passar por muitas dificuldades. São muitos os problemas, as deficiências, os percalços, as lutas, porém, nunca se deve perder de vista que foram muitos os avanços e as conquistas e que se pode dizer tratar-se de um processo irreversível. Entretanto, deve-se sempre lembrar que se trata de um processo social em construção, como afirmara Mendes. O SUS é um processo social em construção (Mendes, 1996).

Desde a declaração de Alma-Ata (1978), da carta de Ottawa (1986), da VIII Conferência Nacional de Saúde (1987) e da Constituição Federal (1988), que são colocados como pilares dessas políticas de saúde pública a participação social, a crise e as críticas aos modelos assistenciais hegemônicos. De acordo com Luz, é historicamente recorrente nas políticas de saúde do Brasil, o tema da participação popular (ou comunitária) nos serviços públicos. Segundo ela a participação popular reivindicada pelo movimento social ligado à saúde propõe medidas a serem tomadas pelo Estado, no sentido de garantir a democratização das decisões nos níveis do planejamento, gestão, execução e avaliação dos serviços e programas de saúde (Luz, 1991).

A partir da VIII Conferência Nacional de Saúde e da Constituição Federal de 1988 ficou estabelecida oficialmente uma política pública prevendo a descentralização e desconcentração do poder, além da garantia da participação da sociedade. A saúde passou a ser um direito social e tornou-se a vanguarda das políticas públicas. (Luz, 2000)

Percebe-se, então, que saúde pública busca alternativa, adota posturas direcionadas a desafiar estes desafios e que, claramente, tem boas intenções. Nas ações de comunicação e educação em saúde desenvolvidas pela Assessoria de Comunicação e Educação em Saúde da Funasa na Paraíba, essas pretensões estão claras, pois existe diálogo com os princípios do SUS e tenta-se desempenhar as ações de comunicação vislumbrando a promoção da saúde, porém na prática não se sabe se os objetivos são atingidos, pois não se tem avaliações, nem muito menos pesquisas científicas neste sentido.

Entretanto, após a garantia constitucional do direito à saúde, na década de 90 a descentralização ocorreu de forma incompleta, sem a devida desconcentração do poder³, apesar das resistências políticas e dos interesses privados, após a publicação das leis que regulamentaram o SUS, as normas operacionais básicas, portarias e até os pactos de gestão, dentre outras normas ou acordos editados paulatinamente foram conquistados avanços consideráveis. A cada norma publicada, ocorreram mudanças fazendo com que cada vez mais a norma principal e constitucional fosse atendida; ou seja, que realmente houvesse mais do que uma mera descentralização dos recursos em direção à efetivação dos princípios e diretrizes do SUS.

Da mesma forma que ocorre com o conceito de promoção da saúde acontece com relação à importância e necessidade da participação social na construção e enfrentamento dos desafios da saúde pública. Pois, desde Alma-Ata que se reconhece que a participação social é fundamental para o desenvolvimento do processo. No entanto, apesar de existirem os espaços institucionalizados de participação no SUS, determinados sujeitos sociais têm apresentado um conjunto recorrente de dificuldades em intervir no processo decisório das políticas de saúde.

Sabe-se também que mesmo após a garantia institucional de espaços de participação, e mais recentemente com os pactos de gestão, deparamo-nos com outros desafios permanentes, pois grande parte da sociedade não se apropriou adequadamente do seu direito, bem como não se percebe como sujeito na política de saúde. Desta forma, podemos considerar que muitos dos conselhos de saúde não representam a sociedade, como exemplifica Solla (2007) ao comentar os conselhos:

³ Segundo Madel Luz, 2000, as decisões não foram descentralizadas, permanecendo o poder decisório no nível central, ou seja, sem que houvesse a desconcentração do poder de decidir.

“... há limitações observadas na democratização da gestão pelos espaços de controle social. Apesar de existirem conselhos de saúde em todos os estados e na quase totalidade dos municípios, a heterogeneidade da situação destes é marcante. Existem desde conselhos com atuação expressiva no controle social sobre as ações e serviços de saúde, até aqueles que só têm existência formalizada em uma ata conformada pela gestão local para cumprir burocraticamente exigências cartoriais de habilitação. Assim, não é automático o ganho de autonomia pelos atores locais. O exercício do controle social depende do fortalecimento prévio desses atores e da condução da gestão local.” (Solla, 2007. p.341)

Outro aspecto que devemos entender para a compreensão deste contexto é que a cultura política brasileira sugere forte resistência à efetiva descentralização e responsabilização dos gestores. Pode-se citar como exemplo, a lei de responsabilidade sanitária, que não avançou, como também os mecanismos de controle de gestão - regulação, controle, avaliação e auditoria (Solla, 2007). Apesar de 20 anos do SUS, a própria população, muitas vezes, não reconhece a saúde como direito e sim como favor político, principalmente quando falamos de cidades pequenas do Norte e Nordeste do nosso Brasil, sendo mais marcante ainda quando se trata de comunidades rurais ou especiais⁴, como é o caso da amostra do nosso estudo de caso.

Segundo Francini Guizardi (2005), a concentração e a restrita circulação de informações configuram mecanismos de exclusão.

“É preciso dar visibilidade e questionar os silenciamentos que têm marcado as experiências de participação e que, ao instaurar referências de legitimidade dos discursos, não têm permitido que outros saberes se coloquem como autores da construção de sentidos diversos e saúde no SUS” (Guizardi, 2005, p. 236)

De acordo com Luz, é historicamente recorrente nas políticas de saúde do Brasil, o tema da participação popular (ou comunitária) nos serviços públicos. Segundo ela a participação popular reivindicada pelo movimento social ligado à saúde propõe medidas a serem tomadas pelo Estado, no sentido de garantir a democratização das decisões nos níveis do planejamento, gestão, execução e avaliação dos serviços e programas de saúde (Luz, 1991).

⁴ a Funasa denomina como comunidades especiais: os ribeirinhos (comunidades que vivem à beira dos rios), os extrativistas (aquelas que sobrevivem de extrações vegetais e/ou minerais), os quilombolas (comunidades remanescentes dos quilombos), os assentamentos rurais (provenientes da luta pela terra) e os indígenas.

Acreditamos ser necessário abordar esta discussão pela perspectiva da comunicação e saúde, pois nas estratégias de comunicação e nas ações desenvolvidas podem ser encontradas alternativas para impulsionar mudanças e uma maior participação da sociedade. A comunicação e a educação em saúde constituem possibilidades de provocar mudanças da população, no sentido de fortalecer a participação social na construção e enfrentamento dos desafios da saúde pública. A comunicação pode provocar e impulsionar uma maior participação social na construção e manutenção do sistema de saúde que queremos.

Assim, partindo deste pressuposto acredita-se ocorrer também com as comunidades que estudaremos, pois além de toda esta arena e contexto de conflitos e interesses ainda acentua-se as dificuldades das mesmas pelas condições sociais e de exclusão em que estão inseridas. Pelo simples fato de tratar-se de comunidades rurais e que historicamente são tratadas como currais eleitorais.

5.2) Promoção da saúde, poder e polifonia

A promoção da saúde vem sendo entendida nas três últimas décadas como uma estratégia promissora para enfrentar os múltiplos agravos de saúde que afetam as populações (Buss, 2000).

Segundo Buss existem evidências científicas que mostram a contribuição do campo da saúde para a qualidade de vida, como também, sabe-se que muitos componentes da vida social que contribuem para uma vida com qualidade são fundamentais para um perfil elevado de saúde dos indivíduos e populações (Buss, 2000).

A “Declaração de Alma-Ata”, quando da conferência internacional de atenção primária à saúde, em 1976, estabelece saúde como estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças e/ou enfermidades. Já naquele documento determinava-se saúde como um direito humano fundamental e como a mais importante meta social mundial, cuja realização necessitaria de ações de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde (Alma-Ata, 1976).

A Carta de Ottawa, que foi um dos principais documentos fundadores deste conceito de promoção de saúde atual, afirma que o mesmo está diretamente associado a um conjunto de

valores, tais como: qualidade de vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria, entre outros (Carta Ottawa, 1986)

A Carta ainda define promoção da saúde como processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle do processo. Adota que a saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão de qualidade de vida. O documento aponta ainda para os determinantes múltiplos da saúde, quando afirma que o conceito de saúde como bem-estar transcende a idéia de formas sadias de vida e que a promoção da saúde transcende o setor saúde (Buss, 2000). Segundo Buss, considera-se também condições e requisitos para a saúde: “paz, educação, habitação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade.” (Buss, 2000, p. 170)

Assim, entende-se que os profissionais de saúde, os movimentos sociais e as organizações populares, políticos e autoridades públicas têm responsabilidades sobre as repercussões positivas ou negativas que as políticas públicas têm sobre a situação de saúde e as condições de vida (Buss, 2000).

Na saúde pública, há décadas, considera-se e tenta-se trabalhar com o conceito de saúde mais ampliado em que “saúde” não é apenas a ausência de doença e sim um produto de vários fatores. A promoção da saúde vem sendo entendida nas três últimas décadas como uma estratégia promissora para enfrentar os múltiplos agravos de saúde que afetam as populações (Buss, 2000).

Além disso, sendo amparado e concordando também que todo discurso é dotado de poder e que as intervenções públicas também utilizam seus discursos assim como os interessados, vejamos o que afirma Ana Paula Goulart:

“A linguagem, em qualquer nível, é sempre ideológica. Como ensinou Bakhtin, em todo signo se confrontam índices de valores contraditórios. Todo signo é uma espécie de arena, onde se desenvolve a disputa pela significação.” (Ribeiro, 2004, p. 86).

“Todo discurso é ideológico. Todo discurso é discurso de poder. Isso porque o poder não é uma força estranha ao discurso que, em um determinado momento, dele se apodera. O poder mora no interior do próprio discurso. Faz parte da sua arquitetura textual. Todo dispositivo de enunciação é um dispositivo de poder” (Ribeiro, 2004, p. 88).

Porém, constatamos e consideramos também que a desconstrução do poder é possível exatamente porque o discurso é polifônico. Como também exemplifica Ribeiro:

“... se é verdade que no discurso a voz do autor não é mais do que uma entre as muitas vozes presentes, também é verdade que o autor é uma espécie de maestro que organiza o que Bakhtin chamou de "orquestração contrapontual de vozes". Ou seja, estamos o tempo todo repetindo palavras já ouvidas, textos já lidos, fazendo eco a sons de que sequer identificamos a origem. Mas não somos meros papagaios. Como afirmou Barthes: dizemos, afirmamos, assentamos aquilo que repetimos. Existe um ato criador em qualquer enunciação. O sujeito trabalha sobre o interdiscurso e se posiciona em relação a ele. Nesse trabalho se institui como sujeito, estabelecendo relações de saber e poder com o outro e atribuindo sentido ao mundo.” (Ribeiro, 2004, p. 91).

Assim, diante deste contexto, podemos concluir que a “comunicação e saúde” não poderia ficar livre deste movimento de idéias, como menciona Araújo em seu livro:

“...embora as perspectivas hegemônicas continuem garantindo o seu lugar, foi abrindo espaços e conversações com uma outra visão prática comunicativa, que tem como pressupostos: direito à comunicação é indissociável do direito à saúde; a comunicação só pode assim ser chamada em sua plenitude quando concebida e aplicada como redistribuição do poder de as pessoas se expressarem e serem levadas em consideração; e para tal é imperativo que os princípios do SUS estejam na base de sua reconfiguração” (Araújo e Cardoso, 2007, p.59-60).

Entretanto, entende-se também que as classes dominantes sempre lançam e lançarão mão das suas “armas” para manter e conquistar ainda mais espaços, conforme afirma Dênis Moraes. A chamada grande mídia fabrica o consenso sobre a superioridade das economias abertas, insistindo que não há saída fora dos pressupostos neoliberais (Moraes, 2007). Portanto, o eixo ideológico consiste em enquadrar o consumo como valor universal, capaz de converter necessidades, desejos e fantasias em bens integrados à ordem da produção (Moraes, 2007). Veja o que diz Moraes:

O “pensamento único” – expressão usada por Ignácio Ramonet ao se referir à matriz ideológica que subordina os direitos sociais dos cidadãos à razão competitiva dos mercados financeiros – oculta, intencionalmente, a carga atômica de desigualdades e exclusões que viceja nos espaços e subespaços socioeconômicos planetários.” (Moraes, 2003, p. 188)

Não é aleatório que a mídia global esteja nas mãos de duas dezenas de conglomerados, com receitas bilionárias. As gigantes da área, ou seja, as seis primeiras do ranking mundial, tem as mesmas pretensões: estar em toda a parte, a qualquer tempo, exercendo domínio (Moraes, 2003). No Brasil o cenário não é diferente, poucas empresas representadas por alguns grupos, dominam toda a comunicação do país. Podendo tal situação se agravar ainda mais no decorrer dos próximos anos, como explica Moraes:

“No Brasil, o quadro poderá agravar-se com a legislação aprovada em 2002 pelo Congresso Nacional. O capital estrangeiro terá a prerrogativa de deter até 30% do capital de empresas jornalísticas e emissoras de rádio e TV.”... “Os obstáculos às intervenções democratizadoras se sucederão, porque a organização da cidadania é lenta, sujeita a dilemas, tensões, avanços e recuos” (Moraes, 2003, p. 204 e 209).

Por fim, é preciso e fundamental, enquanto comunicadores, termos consciência e reconhecermos o papel da Comunicação Social como instrumento provocador de mudanças e transformações, como espaço democrático, interativo e dinâmico. Porque não dizer disseminador do direito social à saúde.

5.3) Educação popular

Na década de 50, o campo da educação popular, segundo Melo Neto (2008), surgiu como uma forma possível de educação para alguns setores sociais, como indígenas, as comunidades rurais (camponesas), trabalhadores, trabalhadores sem terra, moradores de periferias das cidades e outras comunidades marginalizadas das políticas públicas, à época.

“A educação popular manifesta-se como um fenômeno humano de apropriação e produção de bens culturais por meio do trabalho que expressa um sistema aberto de ensino e aprendizagem com teorias intercomunicantes” (Melo Neto, 2008, p. 8).

Para Paulo Freire este fenômeno educativo que cultiva valores éticos e causadores de ações democráticas direcionadas para a liberdade e igualdade.

“como gesto necessário, como impulso fundamental, como expressão de vida, como anseio quando castrada, como ódio quando explosão de busca, que nos vem acompanhando ao longo da história. Sem ela, ou melhor, sem luta por ela, não é possível criação, invenção, risco, existência humana” (Freire, 1991, p. 50).

Como afirma Melo Neto seria razoável entender a educação popular como um fenômeno de produção pelo trabalho e de apropriação dos produtos culturais da humanidade. Como também, processo educativo pautado por uma pedagogia incentivadora da participação e do empoderamento das pessoas, com conteúdos e técnicas de avaliação processuais (Melo Neto, 2008). “Esse fenômeno é lastreado em uma teoria política direcionada aos anseios humanos de liberdade, de justiça, de igualdade e felicidade, além de estimuladora das transformações sociais necessárias.” (Melo Neto, 2008, p. 31)

Igualdade é a qualidade de igual, é um nivelamento de coisas. Ser igual é ter elementos idênticos ao outro. É estar no nível do outro. Ter os mesmos direitos do outro (Ferreira, 2008).

A diferença fundamental é que, entre as desigualdades naturais e as desigualdades sociais, são estas últimas que podem ser alteradas e até eliminadas. As desigualdades sociais são construções sociais articuladas com vistas ao predomínio de uns sobre o outro, no estabelecimento de poder de poucos sobre muitos; na definição de governos tiranos e oligárquicos, na contramão da democracia, da participação de todos nos destinos de uma sociedade (Ferreira, 2008, p. 90).

Uma política que vise igualdade é uma política que busca igualar o acesso à educação e igualdade nos resultados (Ferreira, 2008).

Outro aspecto que se deve considerar é a criatividade. Com a modernidade, criatividade passa a ser identificada como consequência da produção humana, como menciona Rosas: “criatividade deve ser compreendida como fenômeno humano mediado pela inteligência e influenciada pela aprendizagem” (Rosas, 2008, p. 116)

Criatividade foi identificada sob a condição que a faz transcender a esfera da inteligência humana. Implica em ação inteligente individual, pela sua condição natural, no entanto encontra-se, absolutamente engajada, num contexto histórico e cultural com o qual homens e mulheres interagem respeitando sua diversidade (Rosas, 2008).

A teoria e a prática pedagógicas freireanas encontram no diálogo o alicerce para a experiência crítica e dialética entre educador e educando. É essencial em Freire a concepção de que ninguém se educa nem muito menos se liberta senão por meio de uma ação/produção cultural e coletiva. “Sem o diálogo torna-se impossível a comunicação entre falantes e ouvintes e a educação produtora da construção do ser humano transformador” (Melo Neto, 2003, p. 71).

À luz de Sócrates/Platão, Bakhtin, Vygotsky, Habermas ou Freire, parte-se do pressuposto de que a atividade comunicativa representa, a um só tempo, “um território singular para a transformação dos sujeitos e da sociedade, contexto privilegiado de crítica da realidade social, assim como instrumento fértil na conquista de autonomia e de emancipação pessoal.” (Rosas, 2008). Se, como sujeitos críticos, chegamos à conclusão de que o mundo que está aí e a sua educação são opressores e alienantes, só nos resta mesmo denunciá-los e transformá-los. Quando conseguirmos engendrar com os educandos condições objetivas e subjetivas de experimentar esse desafio, muito bom (Rosas, 2008).

Considerando todos estes argumentos, dialogando com estes conceitos, reconhecemos as lutas e conquistas do SUS e o poder do discurso e da comunicação nas possíveis provocações e produções dos sentidos, como importante ferramenta para a mudança de hábitos e conseqüente promoção da saúde. A pesquisa pretende verificar então a percepção das famílias, bem como confirmar se os municípios beneficiados com saneamento necessitam de estratégias e ações de comunicação, visando a educação em saúde no intuito de promover a promoção da saúde.

A Assessoria de Comunicação e Educação em Saúde (Ascom) da Funasa, na Paraíba, têm, pelo menos no discurso institucional, buscado alternativas possíveis frente às necessidades de promover a promoção da saúde como consta na Carta de Ottawa. A Ascom incentiva, apóia e acompanha muitos municípios neste processo em construção da saúde pública, sempre tentando lançar mão de uma comunicação dialógica, empregando espaços mais democráticos, interativos e dinâmicos, tentando aproximar-se do modelo contra-hegemônico, sempre com o objetivo de favorecer mudanças de hábitos para a promoção da saúde.

Entretanto, desde já, constata-se que a maioria dos municípios conveniados, ainda não executam estratégias de comunicação e educação em saúde, deixando, portanto, em segundo plano a disseminação do direito à saúde e a provocação da efetiva participação social.

Por fim, concluímos como afirma Mendes, que o SUS deve ser entendido como processo social em marcha, que não se iniciou em 1988, com a consagração constitucional de seus princípios, nem deve ter um momento definido para seu término, especialmente se esse tempo está dado por avaliações equivocadas que apontam para o fracasso dessa proposta. Podendo-se afirmar e nunca esquecendo que o mesmo nem começou ontem e nem termina hoje (Mendes, 1996). Assim, da mesma forma pode-se concluir que caminha a “Comunicação e Saúde”.

6.) METODOLOGIA:

Este projeto de pesquisa será baseado na metodologia do tipo estudo de caso e será realizado em duas comunidades rurais de municípios do interior do Estado da Paraíba, que celebraram convênios com a Fundação Nacional de Saúde na Paraíba para construção de melhorias sanitárias domiciliares (MSD), visando o controle de doenças e agravos, como por exemplo, esquistossomose, diarreias, verminoses, escabioses, tracoma e conjuntivites, dentre outras.

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, exploratória e descritiva, do tipo estudo de caso. Para Minayo, a pesquisa qualitativa lida com uma realidade que não pode ser quantificada trabalhando com um universo de significados, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (Minayo, 2003).

A pesquisa qualitativa verifica uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido em números (MINAYO, 2007).

6.1) As ações de comunicação em saúde na Funasa

A Fundação Nacional de Saúde (Funasa) é um órgão do Ministério da Saúde, e como tal está inserida dentro do contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), respeitando o pacto federativo nacional promovendo o fortalecimento das instituições estaduais, regionais e municipais.

O órgão, em parceria com outras instituições e entidades públicas e privadas, presta consultoria e assistência técnica e/ou financeira para o desenvolvimento de ações de saneamento ambiental, executando obras de saneamento a partir de critérios epidemiológicos, sócio-econômicos e ambientais, voltadas para a promoção à saúde e para a prevenção e controle de doenças e agravos, com destaque para a redução da mortalidade infantil.

Trata-se, portanto, de uma instituição de saúde que deve garantir os direitos humanos fundamentais de promoção da saúde por meios de ações de pesquisa, concepção, projeto, construção e operação de obras e serviços de saneamento ambiental.

Em todos os Estados, o órgão tem por obrigação buscar a promoção da melhoria da qualidade de vida procurando a redução de riscos à saúde e incentivando a universalização dos sistemas de abastecimento de água potável, esgotamento sanitário e gestão de resíduos sólidos urbanos. Devendo também promover a melhoria no manejo adequado dos sistemas de drenagem urbana para áreas endêmicas de malária, melhoria habitacional para controle da doença de Chagas, melhorias sanitárias domiciliares e ações de saneamento em comunidades indígenas, extrativistas, ribeirinhas, assentamentos rurais e quilombolas.

O risco à saúde pública está ligado a fatores possíveis e indesejáveis de ocorrerem em áreas urbanas e rurais que podem ser minimizados ou eliminados com uso apropriado de serviços de saneamento. A utilização de água potável, por exemplo, é vista como o fornecimento de alimento seguro à população. O sistema de esgoto promove a interrupção da “cadeia de contaminação humana”. A melhoria da gestão dos resíduos sólidos reduz o impacto ambiental e elimina ou dificulta a proliferação de vetores. A drenagem urbana tem sido utilizada para eliminação da malária humana.

Portanto, no âmbito federal compete à Funasa a responsabilidade de alocar recursos não onerosos para sistemas de abastecimento de água, esgotamento sanitário, manejo de resíduos sólidos urbanos, melhorias sanitárias domiciliares e melhoria habitacional para controle da doença de Chagas, sempre priorizando o atendimento a municípios com população inferior a 50.000 habitantes e àquelas comunidades consideradas especiais, que foram historicamente excluídas.

Sabe-se que água de boa qualidade para o consumo humano e seu fornecimento contínuo asseguram a redução e controle de diarreias, cólera, dengue, febre amarela, tracoma, hepatites, conjuntivites, poliomielite, escabioses, leptospirose, febre tifóide, esquistossomose e malária. Já as melhorias sanitárias domiciliares (banheiros) e as melhorias habitacionais (casas de alvenaria) estão diretamente relacionadas com a redução da doença de Chagas, esquistossomose, diarreias, verminoses, escabioses, tracoma e conjuntivites.

Cabe aos municípios conveniados, concomitantemente à construção da benfeitoria (obra), realizar ações de comunicação e educação em saúde com o apoio técnico e acompanhamento da instituição por meio das Assessorias de Comunicação e Educação em Saúde (Ascom's). Desta forma, a instituição tem buscado meios de sensibilizar os gestores a realizarem tais ações. Consta

nas orientações e determinações da Funasa que as Ascom's devem incentivar, apoiar e acompanhar os municípios neste processo em construção da saúde pública, sempre tentando lançar mão de uma comunicação dialógica, empregando espaços mais democráticos, interativos e dinâmicos, tentando aproximar-se do modelo contra-hegemônico, ou seja, respeitando os saberes populares, suas crenças e seus interesses, sempre com o objetivo de favorecer mudanças de hábitos saudáveis para a promoção da saúde. Porém, na prática, no dia-a-dia, infelizmente muitos gestores ainda não realizam as ações educativas e tantos outros a fazem sem seguir qualquer desses preceitos ou conceitos da educação popular e princípios do SUS.

6.2) Campo empírico do estudo

Propomos realizar este estudo de caso em duas comunidades, o que proporcionará elementos de análise para um estudo comparativo, incluindo: 1) a primeira onde tiver sido executada a obra e realizada uma estratégia de comunicação e educação em saúde, paralelamente e/ou concomitantemente; e, 2) uma segunda comunidade que não tenha executado qualquer ação de comunicação e/ou educação em saúde, ou seja, apenas executado a obra (os banheiros).

Foram escolhidos os municípios de Dona Inês e Alagoinha. Os critérios de inclusão para utilização da seleção foram o fato dos mesmos terem celebrado os convênios no mesmo exercício em 2006; ambos os municípios estarem situados relativamente próximos à capital do Estado (o que facilita e viabiliza a pesquisa); fazerem parte de uma mesma região do Estado, o Agreste Paraibano, com fatores geográficos semelhantes; serem praticamente do mesmo porte econômico e terem populações entre 10 e 15 mil habitantes.

Outro critério para inclusão no estudo foi o fato de um município ter realizado, e, o outro não, as ações de comunicação e educação em saúde, o que proporcionará elementos de análise para um estudo comparativo, onde poderemos cruzar os dados, analisando tanto qualitativo, quanto quantitativamente. Por fim, buscou-se também semelhanças entre os municípios, como por exemplo, densidade demográfica, indicadores de índice de desenvolvimento humano (IDH), porte econômico, e, principalmente o fator viabilidade de acesso e distância da capital.

O objetivo da elaboração do IDH é oferecer um contraponto a outro indicador muito utilizado, o Produto Interno Bruto (PIB) per capita, que considera apenas a dimensão econômica

do desenvolvimento, o IDH pretende ser uma medida geral, sintética, do desenvolvimento humano (Atlas PNUD⁵, 2008).

No IDH estão equacionados três sub-índices direcionados às análises educacionais, renda e de longevidade de uma população. O resultado das análises educacionais é medida por uma combinação da taxa de alfabetização de adultos e a taxa combinada nos três níveis de ensino (fundamental, médio e superior). Já o resultado do sub-índice renda é medido pelo poder de compra da população, baseado pelo PIB per capita ajustado ao custo de vida local para torná-lo comparável entre países e regiões, através da metodologia conhecida como paridade do poder de compra (PPC). E por último, o sub-índice longevidade tenta refletir as contribuições da saúde da população medida pela esperança de vida ao nascer (Atlas PNUD, 2008).

A metodologia de cálculo do IDH envolve a transformação destas três dimensões em índices de longevidade, educação e renda, que variam entre zero (pior) e um (melhor), e a combinação destes índices em um indicador síntese. Quanto mais próximo de um o valor deste indicador, maior será o nível de desenvolvimento humano do país ou região.

6.3) Algumas características dos municípios analisados

O município de Dona Inês

Por volta de 1850 alguns vaqueiros procuravam vacas desgarradas quando avistaram uma fumaça que se erguia ao pé de um penedo. Achando estranho foram identificar o fato e encontraram em baixo de um cajueiro uma mulher branca e um escravo. Ela se dizia senhora de um engenho em Pernambuco e se chamava Dona Inês, mas os vaqueiros desconfiaram que ela estava fugindo de algum lugar. Assim, o lugar ficou conhecido como Dona Inês, nome que se conserva até hoje. Da mulher e do escravo ninguém mais ouviu falar. Próximo ao local existia um poço com água de ótima qualidade onde os vaqueiros e viajantes que ali passavam se serviam. Pouco depois começaram a surgir alguns sítios e fazendas. A primeira casa do povoado foi

⁵ O Atlas do desenvolvimento humano no Brasil é um banco de dados eletrônico feito com o objetivo de emocratizar o acesso e aumentar a capacidade de análise sobre informações socioeconômicas relevantes dos 5.507 municípios brasileiros e das 27 Unidades da Federação. **PNUD Brasil** – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Site: www.pnud.org.br

construída pelo padre José Teixeira e a capela foi erguida em 1905 em homenagem a Nossa Senhora da Conceição. Sua emancipação efetivou-se no dia 19 de junho de 1959 (Famup, 2009⁶).

O município de Dona Inês está situado há 155,40 Km de distância da capital, na região Agreste da Paraíba. Limita-se com os municípios de Bananeiras (15 km), Araruna (3,5 km), Riachão (9km), Campo de Santana (17 km) e Solânea (16 km). Estima-se atualmente uma população de 11.142 habitantes.



Fonte: www.famup.com.br

O município de Alagoinha

Na segunda metade do século XVI, um grupo de contrabandistas francês à procura de ouro passou pela região rumo a serra de Capaota. Como na região existia uma grande quantidade de índios Potiguares, se alinharam a eles e causaram um grande tumulto na região. Provocaram sérios contratemplos aos colonos. Foi necessária intervenção da capitania para expulsar os invasores e acalmar os ânimos dos índios. Alguns dos enviados por Maurício de Nassau à busca de ouro mesmo não tendo obtido êxito resolveram permanecer na área vasculhada (Famup, 2009). Sua Emancipação Política se deu em 03 de dezembro de 1953.

O Município de Alagoinha dista 122,50 Km de distância de João Pessoa, capital paraibana. Limita-se com os municípios de Mulungu (12,5 km), Guarabira (12 km), Cuitegi

⁶ A **FAMUP** – Federação das Associações dos Municípios da Paraíba – foi fundada em 07 de abril de 1995. Trata-se de pessoa jurídica de direito privado, de natureza civil, sem fins lucrativos, que visa a solução dos problemas comuns aos municípios e tem por objetivo associar, integrar e representar, judicial e extrajudicialmente, os municípios da Paraíba. Site: www.famup.com.br

(7km), Areia (16,5 km), Alagoa Grande (18 km). Estima-se que hoje possui uma população de 13.470 habitantes.



Fonte: www.famup.com.br

6.4) Procedimentos metodológicos

A forma de coleta de dados da pesquisa será por meio de visitas domiciliares com aplicação de entrevista semi-estruturada e aberta, sendo norteada pelo questionamento. Na entrevista aberta, o informante tem liberdade para discorrer livremente sobre o assunto em pauta (Minayo, 2003). Será realizada pesquisa documental junto às secretarias de saúde dos municípios, secretaria estadual de saúde e nos arquivos da própria Funasa/PB.

Esta investigação será realizada por amostragem e serão pesquisadas 20 (vinte) famílias, sendo 10 (dez) de cada comunidade rural de cada município.

Estudaremos as várias teorias e elementos constitutivos que a Funasa considera em suas ações educativas populares, dentre elas: ações transformadoras, aprendizagem (sentir, pensar e agir), compromisso político, construção do sujeito, crítica, cultura, democracia, criatividade, igualdade, diálogo, emancipação, liberdade, práxis, produção, apropriação do conhecimento, realidade e saberes.

Por fim, neste estudo pretende-se comparar os resultados de cada caso, considerando a percepção da produção dos sentidos, fazendo também uma análise comparativa sobre as

mudanças dos hábitos saudáveis na ocorrência das duas situações, ou seja, com e sem ação de comunicação e educação, levando-se em consideração a produção dos sentidos em cada comunidade beneficiada com as ações de saneamento da Funasa/PB, bem como indiretamente a evolução dos índices epidemiológicos relacionados.

8.) ORÇAMENTO:

Elemento de Despesa	Descrição	QTD.	Valor Unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
339030	Papel	10 Resmas	15,00	150,00
	Combustível	540 litros	2,39	1.290,60
	Cartucho de tinta	04 unidades	54,00	216,00
339014	Diárias	54 diárias	177,00	9.558,00
339039	Outros serviços	01	1.000,00	1.000,00
TOTAL GERAL				12.214,60

REFERÊNCIAS:

Araújo, IS. Ligações estratégicas: comunicação, políticas públicas, intervenção social. In: Motta L.G. et al. (orgs.) Estratégias e culturas da Comunicação. Brasília, UnB, 2002.

Araújo, IS. Mercado simbólico: um modelo de comunicação para políticas públicas. Interface: comunicação, saúde, educação. Botucatu, v. 8 n. 14, p. 165-178, set. 2003-fev/2004. (disponível em www.interface.com.br)

Araújo, IS; Cardoso, JM. Comunicação e saúde. Rio de Janeiro:Ed. Fiocruz, 2007.

Araújo, IS; Cardoso, JM. Comunicação e saúde: os princípios do SUS como ponto de vista. In: Pinheiro, R; Mattos, RA(Orgs) Cuidar do cuidado: responsabilidade com a integralidade das ações de saúde. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ:ABRASCO, 2008, 61-78.

Bakhtin, M. Marxismo e filosofia da linguagem. São Paulo: Hucitec, 1986.

Baptista, TWF. História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: Matta, G C; Pontes, ALM (Orgs.) Políticas de Saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde. Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007, 29-60

Bourdieu, P. O poder simbólico. Lisboa, Difel, 1989.

Brasil, Constituição da República Federativa do Brasil (1988) Cap.II – Da Saúde (art. 196 a art. 201) e Capítulo V - Da Comunicação Social (art. 220 a art. 224), 1988.

Buss, P M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5:163-177, 2000.

Cardoso, J. Comunicação, saúde e discurso preventivo: reflexões a partir de uma leitura das campanhas nacionais de Aids veiculadas pela TV (1987-1999). Rio: 2001.

Castiel, D. A saúde persecutória: os limites da responsabilidade. Rio de Janeiro:Ed. Fiocruz, 2007, p. 25-42

Cortes, S M V. Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. *Sociologias*, Porto Alegre, v. 7, p. 18-49, 2002.

Cortes, S M V. As origens da idéia de participação na área de saúde. *Saúde em Debate*, Londrina, v. 51, p. 30-37, 1997.

Costa, NR. Lutas urbanas e controle sanitário: origens das políticas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Vozes/Abrasco, 1986.

Dantas M. Capitalismo na era das redes: trabalho, informação e valor no ciclo da comunicação produtiva. In: Lastres HMM ; Albagli S (organizadores). *Informação e globalização na era do conhecimento*. Rio de Janeiro: Campus; 1999

Dachs, J NW, et al. Determinantes sociais e econômicos de desigualdades em saúde na América Latina e o Brasil. In: Minayo, M C (Org.) *Críticas e Atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 333-354, 2005.

Fairclough N. Discurso e mudança social. Brasília (DF): Ed. UNB; 2001. p. 89-101.

Fausto Neto A. Saúde em uma sociedade midiaticizada [Entrevista concedida a Ana Paula Goulart Ribeiro]. *ECO-PÓS* jan/jul. 2007;10(1)198-205.

Fleury, S; Bahia, L; Amarante, P (orgs). *Saúde em Debate – Fundamentos a Reforma Sanitária*, Rio de Janeiro: Cebes, 2007, p.11-24.

Freire Filho J, Vaz P (organizadores). *Construções do tempo e do outro: representações e discursos midiáticos sobre a alteridade*. Rio de Janeiro: Mauad X; 2006. p. 37-63

Guizardi, F L; Pinheiro, R; Machado, FRS. Vozes da participação: espaços, resistências e o poder da informação. In: Pinheiro, R; Mattos, RM (orgs.). *Construção Social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ e ABRASCO, p. 225-238, 2005.

Hochman, G. A era do saneamento – as bases da política de saúde pública no Brasil, São Paulo: Hucitec, 1998.

Ianni, O. A Sociedade Global. 8ª Edição – Rio de Janeiro/RJ – Ed. Civilização Brasileira, 1999.

Jezine, E, Batista, MSX, Moreira, OL. Educação popular e movimentos sociais: dimensões educativas na sociedade globalizada. João Pessoa. Editora: UFPB. 2008.

Lima V A Mídia: teoria e política. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2001. Parte 2 Economia política das comunicações, Cap. 4 comunicações no Brasil: novos e velhos atores, Cap. 5 Globalização e políticas públicas no Brasil: a privatização das comunicações 1995-1998.

Luz, M T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil na transição democrática anos 80. In: *Revista PHYSYS*, vol I, nº 1, 1991.

Luz, MT. Duas questões permanentes em um século de políticas de saúde no Brasil republicano. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, v. 5, nº 2, p. 293-312, 2000.

Mattelart A. História das teorias da comunicação. São Paulo: Loyola; 2004.

Melo Neto, JF de. Diálogo em educação – Platão, Habermas e Freire. João Pessoa. 2003.

Mendes, E V. O Sistema único de Saúde: um processo social em construção. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec., p. 57-96, 1996.

Minayo, MC de S (Org.). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 22 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

Moraes D. O capital da mídia na lógica da globalização. In: Por uma outra comunicação: Mídia, mundialização cultural e poder. Rio de Janeiro: Record; 2003.

Moraes D. Estado, políticas de comunicação e transformações na América Latina. *Rev. ECO-PÓS*. 2008 jan.-jul;11(1): 66-77.

Moraes, D. A Batalha da Mídia: Governos progressistas e Políticas de Comunicação na América Latina e Outros Ensaio. Rio de Janeiro/RJ. Ed. Pão e Rosas, 2009.

Muniz S. Eticidade, campo comunicacional e midiaticização. In: Moraes D. A sociedade midiaticizada. Rio de Janeiro: Mauad X; 2006. p.19-31.

Murciano M. Las políticas de comunicación ante los retos del milenio: pluralismo, diversidad cultural, desarrollo económico y tecnológico y bienestar social, *Zer*. 2006(20).

Noronha, JC, et al. As condições de saúde dos brasileiros: duas décadas de mudanças (1980-2000). In: *Saúde e Democracia – História e Perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 153-192, 2005.

Oliveira, VC. Desafios e contradições comunicacionais nos conselhos de saúde Brasil. In: Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Coletânea de comunicação e informação em saúde para o exercício do controle social. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 29-43

Organização Mundial de Saúde. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. In: *Promoción de la Salud: una antología*. Publicación Científica 557, p. 367-372, Washington, DC: OPS.

Paim, J. Desafios para a Saúde Coletiva no século XXI, Salvador:UFBA, 2007, p. 117-153.

Pamplona, M A. A revolta era da vacina?, In: Saúde Pública: histórias, políticas e revolta. Moacyr Scliar et al. São Paulo: Scipione, 2002. p. 65-87

Pitta, AMR. Comunicação: que políticas para que SUS? Acesso em 19.05.2009. disponível em: <http://www.abrasco.org.br/grupos/arquivos/20060717125308.pdf>

RELATÓRIOS 12ª CNS, eixo temático X. Acesso em 19.05.2009.

Ribeiro, APG. Discurso e poder. Contribuição barthesiana para os estudos da linguagem. Revista Brasileira de Ciências da Comunicação. Jan/jun 2004; 27(1):79-93

Rodrigues AD. Reflexões sobre o mundo contemporâneo. Santana, RNM (organizadores). Rio de Janeiro: Revan; T: UFPB; 2000. p. 189-215.

Rodrigues, JC. Razões do risco e riscos da razão. In: Comunicação e significado – escritos indisciplinados Ed. PUC-Rio/Mauad X, 2006, p. 141-175

Rosas, AS, Melo Neto, J F. Educação popular – enunciados teóricos. Org. João Pessoa. Editora UFPB, 2008.

Santos M. Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal. Rio de Janeiro: Record; 2003.

Silva Júnior, AG, Alves, CA. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. In: Morosini, MV e Corbo, AD (Org.). *Modelos de Atenção e a saúde da família*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

Silverstone R. Por que estudar a mídia? São Paulo: Loyola; 2002.

Solla, JJSP. Avanços e limites da descentralização no SUS e o “Pacto de Gestão”. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v.30, n.2, p.332-348, jul/dez 2006.

Spink MJ; Spink P. (organizadores). Práticas cotidianas e a naturalização da desigualdade: uma semana de notícias nos jornais. São Paulo: Cortez; 2006. p.1-15; p.165-188.

Spink MJ, Spink P. (organizadores). Práticas cotidianas e a naturalização da desigualdade – uma semana de notícias nos jornais. São Paulo: Cortez; 2006. p. 189-208.

Trevisan, LN; Junqueira, LAP. Construindo o “pacto de gestão” no SUS: da descentralização tutelada à gestão em rede. *Ciência e Saúde Coletiva*, 12(4):893-902, 2007.

Trinta AR; Polistchuk I. Teorias da Comunicação: Cap. 4 Modelos Teóricos da Comunicação, Cap. 6 Novos Modelos Teóricos da Comunicação. Rio de Janeiro: Campus; 2003.

Valla VV. *Educação, saúde e cidadania: uma releitura da questão da medicalização numa conjuntura de crise*. Plano de trabalho de pós-doutorado. Los Angeles: Center for Health Policy Research, University of Califórnia, 1996.

Valla VV. A crise de interpretação é nossa. Procurando compreender a fala das classes populares. *Educação e Realidade*, 21:177-190, 1996.

Valla VV. Participação popular e saúde: a questão da capacitação técnica no Brasil. In: *Participação Popular, Educação e Saúde: Teoria e Prática*. (V. V. Valla, E. N. Stotz, org.), pp. 57-90, Rio de Janeiro: Editora Relume – Dumará, 1997.

Valla VV. Educação popular e conhecimento: a monitorização civil dos serviços de saúde e educação nas metrópoles brasileira s. In: *Participação Popular, Educação e Saúde: Teoria e Prática* (V. V. Valla & E. N. Stotz, org.), pp. 105-116, Rio de Janeiro: Editora Relume – Dumará, 1997.

Valla VV. Participação popular e endemias: uma nova conjuntura. Caderno de Saúde Pública v.14 supl.2 Rio de Janeiro/RJ, 1998.

Valla VV, Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 15 (Sup. 2): 7-14, 1999.

Vasconcelos EM. Educação Popular: de uma Prática Alternativa a uma Estratégia de Gestão Participativa das Políticas de Saúde, 2004.

Vasconcelos EM. Redefinindo as práticas de saúde a partir de experiências de educação popular nos serviços de saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, vol.5, n.8, pp. 121-126, 2001.

Vasconcelos EM. Educação popular como instrumento de reorientação das estratégias de controle das doenças infecciosas e parasitárias. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 14 (Sup. 2): 39-57, 1998.

Veras, R. et al. Transformações demográficas e os novos desafios resultantes do envelhecimento populacional. In: Minayo, MC (Org.) *Críticas e Atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 503-518, 2005.