

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**

### **PARTICIPAÇÃO SOCIAL E COMUNICAÇÃO: DISPUTAS E NEGOCIAÇÕES NO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO**

por

**JULIANA BARBOSA DA SILVA**

Projeto de pesquisa apresentado ao  
Instituto de Comunicação e Informação  
Científica e Tecnológica em Saúde, da  
Fundação Oswaldo Cruz  
(ICICT/FIOCRUZ)

**Modalidade de trabalho:** Projeto de pesquisa

**Orientador:** Adriano De Lavor

**Rio de Janeiro, Março/2019**

## RESUMO

Na década de 80, com o final do regime militar, as pressões por uma maior participação popular afetavam políticas públicas em todas as áreas no Brasil. Neste período, com o início de reorganizações institucionais setoriais e da democratização do sistema político, a área da saúde foi pioneira na incorporação de mecanismos de participação. Em 1988, com a promulgação da Constituição Federal do Brasil, determina-se que a Saúde é direito de todos e dever do Estado, sendo suas ações e serviços públicos constituídos em um sistema único organizado, que tem entre outras diretrizes, a participação da comunidade. A Lei nº 8.142, de dezembro de 1990, que regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS), dispõe sobre a participação da comunidade na sua gestão, atribuindo aos conselhos de saúde a missão de fiscalizar, acompanhar e monitorar as políticas públicas de saúde nas suas mais diferentes áreas, levando as demandas da população ao poder público. Entretanto, depois de quase três décadas, os conselhos ainda sofrem dificuldades para cumprir esta missão, e em muitos casos foram transformados em meras instâncias homologatórias das decisões dos gestores, reiterando a verticalidade do poder na área de saúde e contradizendo os princípios democráticos que nortearam a criação do SUS. Para contribuir com o efetivo exercício do controle social no SUS é necessário entender melhor como este ocorre nos espaços destinados à participação da comunidade e observar a dinâmica de organização de um conselho de saúde. Neste trabalho, procuramos propor uma investigação, a partir do acompanhamento de reuniões de um conselho municipal de saúde, para entender como a comunicação interfere nas lutas travadas pela decisão de demandas levadas a uma conferência estadual de saúde. Ao registrar quem são seus integrantes, quais setores/interesses representam – bem como observar disputas, negociações e contextos presentes nas discussões – pretendemos verificar práticas e contextos que garantam uma maior efetividade da participação social. A investigação se apoiará teoricamente no modelo de mapa do Mercado Simbólico apropriado por Araújo (2004), que enxerga a comunicação como um mercado de bens simbólicos, mediado por uma negociação permanente entre os interlocutores por meio do discurso. A observação participante e a entrevista serão os recursos metodológicos utilizados na pesquisa, que pretende acompanhar reuniões do Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, entre abril e agosto de 2019, com a intenção de identificar diferentes vozes e contextos presentes na disputa por demandas que serão levadas como prioridades do conselho à próxima Conferência Estadual de Saúde, prevista para o segundo semestre de 2019. Desta maneira, pretendemos analisar de que maneira a prática comunicativa contribui para a valorização ou silenciamento de interlocutores e questões de saúde nesse espaço de controle social.

Palavras-Chaves: Participação social; Comunicação; Saúde.

## ABSTRACT

In the 1980s, with the end of the military regime, pressures for greater popular participation affected public policies in all areas in Brazil. In this period, with the beginning of sectoral institutional reorganizations and the democratization of the political system, the health area was a pioneer in the incorporation of participation mechanisms. In 1988, with the promulgation of the Federal Constitution of Brazil, it is determined that Health is the right of everyone and the duty of the State, and its actions and public services are constituted in a single organized system, which has, among other guidelines, community participation. Law No. 8,122 of December 1990, which regulates the Unified Health System (SUS), provides for the participation of the community in its management, assigning to health councils the mission of monitoring, monitoring and monitoring public health policies in its different areas, taking the demands of the population to the public power. However, after almost three decades, the councils still have difficulties to carry out this mission, and in many cases they have been transformed into mere homologatory bodies of the decisions of the managers, reiterating the verticality of the power in the health area and contradicting the democratic principles that guided the creation of SUS. In order to contribute to the effective exercise of social control in SUS, it is necessary to understand better how it occurs in the spaces intended for community participation and to observe the dynamics of the organization of a health council. In this work, we seek to propose an investigation, from the follow-up of meetings of a municipal health council, to understand how communication interferes in the struggles caused by the decision of demands taken to a state health conference. When registering who are its members, which sectors / interests represent - as well as observing disputes, negotiations and contexts present in the discussions - we intend to verify practices and contexts that guarantee a greater effectiveness of social participation. The research will theoretically support the model of the Symbolic Market map appropriate by Araújo (2004), who sees communication as a symbolic goods market, mediated by a permanent negotiation between the interlocutors through discourse. The participant observation and the interview will be the methodological resources used in the research, which intends to accompany meetings of the Municipal Health Council of Rio de Janeiro, between April and August 2019, with the intention of identifying different voices and contexts present in the dispute for demands that will be taken as priorities of the council to the next State Health Conference, scheduled for the second half of 2019. In this way, we intend to analyze how communicative practice contributes to the enhancement or silencing of interlocutors and health issues in this space of social control.

Keywords: Social participation; Communication; Cheers.

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

CMS Conselho Municipal de Saúde

LOS Lei Orgânica da Saúde

OMS Organização Mundial da Saúde

SUS Sistema Único de Saúde

SUDS Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	07
2 JUSTIFICATIVA .....	11
3 OBJETIVOS.....	14
3.1 Objetivo geral.....	14
3.2 Objetivos específicos.....	14
4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	15
4.1 Comunicação.....	15
4.2 O SUS e o conceito ampliado de saúde.....	19
4.3 Participação Social no SUS .....	21
5 METODOLOGIA .....	26
6 CRONOGRAMA.....	31
REFERÊNCIAS .....	32

## 1 INTRODUÇÃO

Ao final do regime militar na década de 80, as pressões por mais participação afetavam todas as áreas de políticas públicas no Brasil. Neste período, tiveram início reorganizações institucionais setoriais e o processo de democratização do sistema político que possibilitaram que a área da saúde incorporasse de forma pioneira mecanismos de participação popular, como registrou Cortês (2009).

Em 1988, por meio da Constituição Federal do Brasil, a saúde é estabelecida como direito de todos e dever do Estado, sendo suas ações e serviços públicos constituídos em um sistema único organizado que, dentre outras diretrizes, prevê a participação da comunidade.

Para Paim, a participação da comunidade é:

Um dos caminhos para a superação do autoritarismo impregnado nos serviços e nas práticas de saúde desde os governos militares, criando um espaço para o envolvimento dos cidadãos nos destinos do sistema de saúde. Além da perspectiva do exercício da democracia no cotidiano dos serviços de saúde... (PAIM, 2009)

A implantação desse novo do sistema saúde começa em 1990, após a publicação da lei orgânica da saúde nº 8.080, complementada pela lei nº 8.142, de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e destaca como uma das instâncias colegiadas o Conselho de Saúde, que segundo a lei é:

um órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo. (BRASIL, 1990)

A resolução 33/1992 estabelece que cada conselho deve ser composto por 50% de entidades de usuários, 25% dos trabalhadores da saúde e 25% de representantes do governo, prestadores de serviços privados conveniados ou sem fins lucrativos. Seu funcionamento é permanente e deliberativo e acontece nas três esferas do governo, integrando a estrutura básica do Ministério da Saúde, das secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios.

Essas instâncias participativas contribuem para a criação de um novo contexto de participação na elaboração e fiscalização das políticas públicas, onde os cidadãos, trabalhadores de saúde e representantes do governo discutem e reivindicam melhorias para o Sistema Único de Saúde. Giovanella relata que:

Os conselhos de Saúde, como espaço de poder, de conflito e de negociação, apresentam avanços consideráveis no que se refere à possibilidade dos cidadãos controlarem as ações governamentais, à mudança na forma de interferir - deslocando o clientelismo e fisiologismos tradicionais - e ao processo pedagógico de aprendizado do exercício do poder político. (GIOVANELLA, et al, 2014)

Entretanto, segundo Oliveira (2006), devido a vários obstáculos, conselhos sofrem dificuldades para cumprir suas funções, se transformando, em muitos casos, em “meras instâncias homologatórias das decisões dos gestores e reiterando a verticalidade do poder na área de saúde em contradição com os princípios democráticos que nortearam a sua criação”. (OLIVEIRA, 2006).

Partindo do pressuposto de que há diferentes interlocutores nas reuniões dos conselhos de saúde, com papéis sociais distintos e poder de fala que muitas vezes sobrepõem-se aos demais ou atravessam interesses próprios ou de grupos menores em quantidade, mas maiores em poder aquisitivo e político, é importante entender como se estabelece a comunicação nesses espaços e identificar práticas e disputas presentes nesta forma a participação social no SUS.

A partir do conceito de poder simbólico de Bourdieu (1989), Araujo e Cardoso (2007) apontam que, na formulação de políticas públicas, “quando alguém ou um grupo, por determinadas variáveis, consegue que seu ponto de vista sobre um aspecto da realidade seja mais aceito como verdades que outros, orienta o investimento público no setor” (ARAUJO; CARDOSO, 2007).

Desse modo, por mais que haja paridade entre as representações e que 50% dos integrantes de um conselho representem usuários, cidadãos que utilizam o SUS, isso não significa que os interesses ou pautas propostas por esse grupo serão verdadeiramente levados em consideração na formulação ou na melhoria das políticas públicas em saúde.

Também tomando como base esse contexto, Cardoso e Rocha (2018) ressaltam que são muitas as vozes que enfrentam condições adversas para serem ouvidas em instituições e até mesmo em conselhos e conferências de saúde, fato que compromete a democracia, já que está “não existe sem pluralidade, reconhecimento e visibilidade de sujeitos políticos e a efetiva conquista dos direitos de cidadania, entre eles o da saúde.” (CARDOSO; ROCHA, 2018).

Logo, estabelecer uma relação de comunicação que garanta a participação do cidadão nesta instância de participação da área da saúde é também uma forma de cuidar e avançar no fortalecimento do Sistema Único de Saúde e na construção de uma saúde universal e igualitária e democrática.

Para avanços no exercício de controle social no SUS é necessário entender melhor como este se dá nos espaços destinados à participação da comunidade, e nesse caso, observar a dinâmica ou organização de um conselho de Saúde, como essas instâncias funcionam, quem as integra, quais interesses representam, o que norteia as discussões e que disputas se fazem presentes neste espaço de participação social. Deste modo será possível entender de que maneira a comunicação é parte constituinte das disputas presentes no exercício do controle social.

Para essa investigação, partiremos do modelo mercado simbólico desenvolvido por Bourdieu e proposto em uma nova perspectiva por Araújo (2004), que defende que as práticas comunicativas são operadas ao modo de um mercado, onde os sentidos sociais, considerados bens simbólicos, são produzidos, circulam e são consumidos, e que as pessoas e comunidades discursivas que participam desse mercado negociam sua mercadoria – seu próprio modo de perceber, classificar e intervir sobre o mundo e a sociedade – em busca de poder simbólico, o poder de constituir a realidade. Esse modo de ver a comunicação também aponta que o circuito produtivo de sentidos sociais é mediado por uma negociação permanente entre os interlocutores através do discurso.

A observação participante e a entrevista serão os recursos metodológicos utilizados na pesquisa, que será realizada por meio do acompanhamento das reuniões mensais do Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, entre abril e agosto de 2019, preparatórias para a próxima Conferência Estadual de Saúde,



prevista para o segundo semestre de 2019. A intenção é identificar as diferentes vozes presentes na prática comunicativa dos interlocutores nesse espaço, bem como avaliar as disputas de interesse presentes nestes discursos. O objetivo é identificar, por meio da disputa por prioridades levadas à instância estadual de participação, como as práticas de comunicação possibilitam que determinados indivíduos e/ou grupos sociais sejam favorecidos nas disputas por suas demandas, garantindo assim participação social mais efetiva na construção de políticas públicas.

## 2 JUSTIFICATIVA

O controle social deve ser motivado pelos interesses e demandas da sociedade. No SUS, a possibilidade de exercer tal controle está legitimada por meio da participação de usuários nos conselhos colegiados, como os conselhos municipais de saúde. Porém, a regulamentação em si não garante a participação, é necessário também observar se a prática comunicativa nesses espaços permite que esta seja efetiva.

O interesse pelo assunto abordado nesse projeto resulta da observação do contexto de participação social no SUS, principalmente na atenção básica do município do Rio de Janeiro, e também da sensibilização acerca da importância das práticas comunicativas na implementação e sustentação desse direito. Por que alguns setores têm mais espaço que outros? Por que algumas lutas e reivindicações, mesmo importantes, não se legitimam como demandas do coletivo?

É destas indagações que nasce o interesse em estudar e entender as práticas comunicativas, por meio da identificação das diferentes vozes presentes nesses espaços, bem como as disputas travadas entre elas, com o intuito de responder como e porque alguns indivíduos e/ou setores conquistam relevância, força e legitimação de suas questões em detrimento de outras, também presentes nos conselhos.

A participação da comunidade é um dos princípios do SUS. Para sua garantia, a criação dos conselhos de saúde em nível federal, estadual e municipal, tendo entre os seus componentes representantes dos cidadãos que utilizam o Sistema Único de Saúde foi um passo importante. Nesse sentido, a pesquisa sobre a organização, funcionamento e práticas comunicativas em um conselho municipal de saúde se mostra relevante, já que além de identificar a dinâmica participativa dos representantes da comunidade nessa instância, fortalece o campo da comunicação e saúde ao estabelecer a ligação entre práticas comunicativas e espaços deliberativos e participativos na saúde.

Para Giovanella (2014) a criação das instâncias colegiadas pela lei 8.142 de 1990 é coerente com pelo menos três ideias principais:

1) A necessidade de concretização do controle social, que expressa o objetivo do controle da sociedade sobre o poder público e as políticas de saúde (o ideal da democracia participativa); 2) o esforço de construção de uma gestão participativa, que pressupõe que o processo de formulação e implementação da política de saúde pelos gestores deva ser compartilhado com a sociedade; 3) a necessidade de propiciar um círculo virtuoso entre a sociedade organizada e as instituições públicas na saúde, que rompa com os padrões tradicionais de comportamento político de nossa sociedade (clientelismo, patrimonialismo, personalismo). (GIOVANELLA, et al, 2014)

Pensando nos conselhos de saúde como órgãos colegiados e espaços de participação e controle social, e entendendo a importância deles na construção de uma saúde universal, igualitária e completa no sentido amplo da palavra, esta pesquisa não só poderá observar se as principais propostas da lei estão acontecendo na prática, mas também apontar supostas alternativas que promovam a melhor interação e participação dos conselheiros e conseqüentemente da comunidade.

De acordo com que apuramos nas bases de dados SciELO e Google Acadêmico para elaboração dessa proposta, verificamos que no período entre 2015 e 2019 há poucos trabalhos relacionados com a participação da comunidade ou participação social nos conselhos municipais de saúde, bem como os que associam o tema com o campo da comunicação e saúde. Quando se trata do Conselho Municipal do Rio de Janeiro (CMS) então, os estudos recentes que abordam o tema e que o relacionam com o campo da comunicação e saúde são ainda mais escassos, o que torna ainda mais pertinente a elaboração deste projeto.

Dos trabalhos científicos encontrados sobre participação social nos conselhos de saúde, muitos apontam que, na prática, o órgão colegiado que deveria ser um espaço deliberativo é muitas vezes compreendido como um espaço de limitações participativas, principalmente para os representantes da comunidade que utiliza o SUS, por causa da superposição do poder estatal sobre as pautas ou tomadas de decisões. Caponi (2014), por exemplo, identifica que o poder estatal de fala e de tomada de decisões é bem maior que os dos representantes da comunidade nas reuniões do conselho estadual de Santa Catarina. O estudo sugere que apenas com a observação prática poderemos avaliar se o conselho de

saúde, nos moldes em que atualmente se apresenta, permite, de fato a participação social.

O CMS do Rio de Janeiro possui um regulamento interno que segue a lei 8.142/90. O documento que determina como serão as reuniões que acontecem mensalmente, bem como a ata que registra tais encontros, não são suficientes para entender a complexidade das práticas comunicativas nesse órgão colegiado. Compreender como se dão estas relações, assim como avaliar de que maneira estas interferem na efetivação do controle social demandam a realização de uma pesquisa exploratória.

Para tal, escolhemos a observação participante das reuniões preparatórias para a próxima Conferência Estadual de Saúde e a realização de entrevistas com alguns integrantes do conselho, para que possam auxiliar no entendimento e avaliação destas relações, de modo a compreender de que maneira a comunicação interfere na escolha de demandas em detrimento de outras.

Mesmo cientes de que a pesquisa não conseguirá responder todos questionamentos relacionados à comunicação e ao controle social, acreditamos que a investigação realizada nos encontros do CMS do Rio de Janeiro nos possibilitará apresentar um retrato aproximado da realidade presente na maioria dos conselhos municipais do país, contribuindo para a compreensão das relações entre comunicação, saúde e participação social.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Descrever e caracterizar as estratégias de comunicação empregadas pelos diferentes grupos e sua interferência na avaliação e aprovação das propostas aprovadas.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar diferentes vozes e contextos presentes nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro;
- Descrever disputas e negociações entre os diferentes atores na definição de demandas do Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro para a próxima Conferência Estadual de Saúde;
- Identificar de que maneira as práticas comunicativas interferem nas decisões de um conselho municipal de saúde, favorecendo ou silenciando vozes e setores da sociedade.

## 4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 4.1 Comunicação

A comunicação faz parte da interação entre seres humanos e está na base de suas atividades sociais. Neste projeto, a comunicação é vista em sua interface com a saúde e com as políticas públicas, visão que irá permear a discussão sobre a sua relação com a participação social no Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

Objeto de pesquisa de muitos estudiosos, a comunicação é uma área abrangente e complexa, confirmando-se como importante aliada na luta por representação social e na defesa de determinados interesses. Bourdieu, por exemplo, relaciona a comunicação não só com a troca de mensagens ou de informações, mas também com uma relação de forças, uma troca econômica que se estabelece entre um produtor, provido de um dado capital linguístico, e um consumidor (ou um mercado), capaz de propiciar um certo lucro material ou simbólico. (BOURDIEU,2008[1996])

Por força da relação entre o sistema das diferenças lingüísticas e o sistema das diferenças econômicas e sociais, ao efeito próprio da raridade distintiva acrescenta-se o fato de se lidar com um universo hierarquizado de desvios perante uma forma de discurso (quase) universalmente reconhecida como legítima (enquanto estalão do valor dos produtos lingüísticos) e não com um universo relativista de diferenças capazes de se relativizarem mutuamente. A competência dominante opera como um capital lingüístico capaz de assegurar um lucro de distinção em sua relação com as demais competências, contanto que sejam continuamente preenchidas as condições necessárias... para que os grupos detentores dessa competência sejam capazes de impô-la como a única legítima nos mercados oficiais... e na maioria das interações lingüísticas em que se encontram envolvidos. (BOURDIEU,2008[1996])

Bourdieu (1989) reconhece a relação de forças na comunicação e demonstra que existe um poder simbólico que constrói uma realidade que tende a estabelecer uma ordem de sentido, homogeneizando as concepções e tornando possível a concordância entre as inteligências. Para ele, as relações de comunicação são sempre relações de poder, que dependem na forma e no conteúdo, do poder material ou simbólico acumulado pelo indivíduo (ou instituições) envolvidos nessas relações.

A partir desse contexto, e em diálogo com Bourdieu e Foucault, Araújo (2004) criou um modelo que representa as práticas comunicativas nos processos de intervenção social que dão concretude as políticas públicas, propondo que:

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

Nesse modelo proposto pela autora, a prática comunicativa entre as pessoas é repleta de conflitos de interesses, disputas que tornam o processo comunicativo dinâmico e semelhante a um mercado, no que diz respeito a negociação ou a barganha. Abaixo detalhamos os termos utilizados pelo modelo:

1. **Comunicação** é o processo de produzir, fazer circular e consumir os sentidos sociais, que se manifestam por meio de discursos.
2. Esse processo caracteriza um **mercado simbólico**, no qual o circuito produtivo é mediado por uma permanente negociação.
3. Esse mercado pode ser operado por indivíduos ou por comunidades discursivas, considerados no modelo como **interlocutores**.
4. **Comunidades discursivas** são grupos de pessoas, organizados ou não de forma institucional, que produzem e fazem circular discursos, que neles se reconhecem e são por eles reconhecidos.
5. Cada interlocutor ocupa nesse mercado uma posição, que se localiza entre o centro e a periferia discursivos, posição que corresponde ao seu **lugar de interlocução** e lhe confere poder de barganha no mercado simbólico.
6. Cada interlocutor desenvolve estratégias de trânsito entre as posições, visando sempre uma maior aproximação com o Centro. Essas estratégias se apoiam em fatores de **mediação**, que são os fatores que favorecem ou dificultam o fluxo entre as posições.
7. Os **fatores de mediação** são de ordem pessoal, grupal, coletiva ou organizacional, material ou simbólica e ocorrem em contextos, cuja articulação determina o lugar de interlocução. (ARAUJO,2004)

Para Araújo (2004), o modelo de comunicação que representa as práticas comunicativas dos interlocutores nos processos de intervenção social possui movimento, no sentido de que nada é fixo e que os lugares de interlocuções podem mudar de acordo com o contexto em que se encontram os discursos; ela ainda aponta que esse fluxo dinâmico ocorre devido os fatores de mediação de cada

interlocutor. Essas mudanças dos lugares de interlocução são analisadas através de uma matriz de análise dos fatores de mediação que segundo Araújo (2004):

...tem como objetivo oferecer uma estrutura de análise das relações de poder na sociedade, no contexto das políticas públicas e na perspectiva discursiva, que remete para a negociação de lugares de interlocução mais favoráveis ao exercício do poder simbólico. Requer uma percepção do poder que considere a existência de posições discursivas matriciais, centro e periferia, que são móveis, relacionais, negociadas e por fatores de mediação, que são elementos simbólicos e materiais que promovem o fluxo dos interlocutores entre essas posições. É este espaço, onde se defrontam e se articulam as forças sociais, em busca do poder simbólico, que a Matriz busca sistematizar. (ARAÚJO,2004)

Essa análise é bem complexa porque estuda as mediações que são altamente maleáveis, compondo uma rede de sentidos contextuais e intertextuais, contendo uma diversidade de fatores de interferência. Levando em consideração essa complexidade das mediações, a matriz de análise foi planejada para que o pesquisador se aproprie mais precisamente do seu objetivo, sem perder o ponto de vista da interdiscursividade. Assim Araújo (2004) estrutura uma matriz com componentes mais restritos de mediações, classificados por sua natureza e grau de especificação. São estes os componentes da matriz:

**Fontes** – designa espaços simbólicos que organizam e produzem mediações a partir do acervo individual, social e cultural dos indivíduos e grupos sociais, os quais se apresentam como pré-construídos. Embora estejam sempre sendo atualizadas, em contextos específicos, pelas articulações com outros níveis, tendem a se apresentar como “cicatrices dos sentidos”, produzidas no campo da memória e do imaginário (discursos fundadores, sobretudo), que são acionadas em cada situação comunicativa e em contextos específicos. Ex.: História, Cultura, Religião.

**Campos** – espaços sociodiscursivos de natureza abstrata, que podem ser mais ou menos estruturados. Ao primeiro tipo correspondem as instituições, como Estado, a Igreja, a Escola, o Mercado, as Forças Armadas, a Sociedade Civil etc. Ao segundo, as temáticas e práticas sociopolíticas, como a Saúde Coletiva, a Comunicação, o Ambientalismo (temáticas); o movimento da saúde indígena, o movimento da reforma sanitária, rituais mágico-religiosos (práticas sociopolíticas), entre outros.

**Instâncias** – espaços sociodiscursivos concretos, estruturados formalmente, como as organizações, mas também por princípios não formais de organização, como as famílias, por exemplo. As instâncias especificam os campos, mas não guardam uma relação de equivalência. Um campo pode compreender diversas instâncias



e uma instância pode conferir materialidade a mais de um campo. Instâncias têm uma dimensão simbólica – território de articulação com outras instâncias e campos – que permeia uma outra dimensão, a material, representada por pessoas específicas, equipamentos, recursos, rotinas, tecnologia.

**Comunidades discursivas** – como antecipado, designa grupos de pessoas que produzem, fazem circular discursos, que neles se reconhecem e são por eles reconhecidos.

**Fatores** – de natureza e amplitude diversas, os fatores emanam dos vários contextos analisados. Por outro lado, não possuem uma valoração em si mesmos, nem são em si mesmos estratégias de manutenção ou transformação da ordem dominante. Sua valoração está vinculada à noção de capital simbólico (Bourdieu, 1989). Ou seja, a posse em maior ou menor grau daquela propriedade confere capital simbólico ao interlocutor, modificando sua posição na escala de poder entre Centro e Periferia. É esse mecanismo que confere aos fatores de mediação valor como instrumento estratégico. A partir de um elenco de fatores identificados num universo empírico estudado, emergiu uma tipologia de fatores. Em princípio, estes tipos têm relevância em situações de intervenção social e fazem sentido numa análise. (ARAÚJO,2004)

Essa ideia resulta na seguinte sistematização da matriz:

Fontes

Campos

Instâncias

Comunidades discursivas

Fatores

1. Motivações e interesses

2. Relações

a. Relações pessoais, grupais e comunitárias

b. Relações institucionais e organizacionais

3. Competências

4. Discursividades

a. Discursos

b. Sistemas de nomeações

c. Paradigmas, teorias, modelos

5. Dispositivos de comunicação

a. Dispositivos de enunciação

b. Dispositivos de produção e circulação discursiva

c. Mediações tecnológicas

6. Leis, normas e práticas convencionadas (ARAÚJO,2004)

Entendendo toda complexidade do processo de análise, Araújo (2006) propõe um método mais didático para visualizar esquematicamente os elementos abstratos de sua teoria. Esse método foi denominado “Mapa do Mercado simbólico”, que segundo a autora consiste em um desenho das fontes e fluxos de comunicação sobre um determinado tema, num dado território, com foco no segmento populacional ou profissional.

O mapa permite visualizar de forma mais clara uma parte da posição, ligação entre os interlocutores e complexa interrelação destes em grupos por afinidade de interesses. Para construção desse mapa é possível aplicar um roteiro de questões sobre as comunidades discursivas mapeadas. São exemplos de questões:

Qual é o discurso dessa comunidade discursiva (pessoa/grupo/instituição)? A quem ela se dirige diretamente? A quem pretende influenciar? E quais são suas redes de mediação? Qual o peso que ela tem no conjunto do universo? Ela tem influência sobre as outras comunidades? Quais? Que tipo de influência? Quais seriam as razões possíveis para esse peso (negativo ou positivo)? Aqui devem ser incluídas também as de ordem afetiva, as relacionais etc. Qual a semelhança do discurso dessa comunidade com o nosso? Qual a diferença? (ARAÚJO, 2006)

Esse método tem-se mostrado eficaz em situações de pesquisa, mapeando as redes discursivas; de ensino, ajudando a compreensão dos alunos sobre mapa simbólico e na avaliação e planejamento estratégico em um dado ambiente.

## **4.2 O SUS e o conceito ampliado de Saúde**

A sociedade espera que o setor Saúde cuide das pessoas e das populações, mediante ações individuais e coletivas. Na medida em que a saúde tem sido reconhecida como o completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença, o propósito almejado é que as pessoas possam viver com qualidade. (PAIM,2009)

O SUS tem cobertura em todo território nacional, parte da concepção ampla de direito à saúde e do dever do Estado na garantia desse direito. A sua implementação começa com a promulgação da Lei 8.080 em 1990, conhecida como Lei Orgânica da Saúde (LOS) e sua complementar de número 8.142 promulgada em dezembro do mesmo ano.

No artigo terceiro dessa lei é atrelada à saúde a garantia de outros direitos, considerados condicionantes e determinantes desta. É redigido que:

Art. 3º Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. (BRASIL,1990)

Nesse sentido, é entendido que a saúde não é apenas a ausência de doença, mas um completo bem-estar físico, mental e social e isso foi um grande avanço para as políticas públicas no Brasil, que a partir da constituinte de 1988 passam por um processo de redefinições. Um exemplo dessas modificações é o Título VIII, capítulo II da Constituição Federal, que trata sobre a seguridade social e especifica que:

Art. 194. A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social. (BRASIL,1988)

Ainda na Constituição de 1988, o artigo 198 dispõe que:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade. (BRASIL,1988)

Além dessas diretrizes a lei 8.8080/90 dispõe dos seguintes princípios para as ações e serviços de saúde:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; VIII - participação da

comunidade; IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população; XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos. XIV – organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras (BRASIL,1990)

Essas diretrizes e princípios orientam o SUS no sentido da prestação de um cuidado em saúde organizado na completude da atenção, visando um sistema de qualidade para todos, da forma mais democrática possível, como é identificado no princípio de participação da comunidade que, segundo Noronha, Lima e Machado (2012 p.369) significa

A garantia de que a população, por intermédio de suas entidades representativas, possa participar do processo de formulação de diretrizes e prioridades para a política de saúde, da fiscalização do cumprimento dos dispositivos legais e normativos do SUS e do controle e avaliação de ações e serviços de saúde executados nas diferentes esferas de governo. (NORONHA; LIMA; MACHADO,2012)

### **4.3 Participação Social no SUS**

Participação, segundo o dicionário Aurélio, tem seu significado associado a “dar parte a”, “avisar”, “comunicar”, “ter ou tomar parte”, “ter natureza ou qualidades comuns a algum indivíduo”. Partindo dessas definições para um conceito mais ampliado e próximo do que trataremos aqui, Escorel & Moreira (2012) entendem que a amplitude de significado situa a participação como:

Intrínseca à vida em sociedade, não deixando de indicar suas contradições, em geral no que diz respeito às relações indivíduos/coletividade e o papel mais ou menos ativo/passivo de quem participa. Proporciona também, uma compreensão, que não exclui outras, na qual a participação, embora ocorra em situações díspares, caracteriza-se pela valorização de contatos, espaços e fóruns menos fechados, melhor compartilhados e, portanto, públicos. (SCOREL; MOREIRA,2012).

Já o Ministério da Saúde, quando apresenta o conceito de participação e o associa a responsabilidade do controle social no SUS, faz a sua defesa, alegando que:

Transforma a realidade, possibilita construir os caminhos percorridos pela humanidade e dar sentido aos outros princípios: igualdade, liberdade, diversidade e solidariedade. (BRASIL,2013)

Nessa perspectiva, a Conferência de Alma-Ata sobre Cuidados Primários em Saúde, realizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1978, incentiva a remodelação das instituições públicas para o a promoção da participação da comunidade nos cuidados primários em saúde e no planejamento político dessa área.

Devido a esse incentivo e às fortes pressões dos movimentos sociais e dos profissionais de saúde no final do regime militar no Brasil, foi possível a criação comissões interinstitucionais de saúde, nos níveis federal, estadual e municipal. O funcionamento dessas comissões foi fortalecido pelos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), em 1987. Esse processo deu origem aos conselhos de saúde, principal mecanismo de participação do SUS.

Após a constituição de 1988 e com os avanços propostos pela LOAS de 1990, a promulgação da lei complementar 8.142, no final de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade no SUS, com destaque nas seguintes instâncias colegiadas:

§ 1º. A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

§ 2º. O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo. (BRASIL,1988)

O Conselho de saúde deve funcionar mensalmente, ter ata de registro de suas reuniões e ter entre seus integrantes, representantes do governo, dos profissionais de saúde e dos usuários do SUS. Esses componentes deverão ser distribuídos, de acordo com as Resoluções 33/92 e 333/03 do CNS, e consoante com as recomendações da 10ª e 11ª Conferências Nacionais de Saúde, da seguinte forma: 50% de entidades e movimentos representativos de usuários; 25% de entidades representativas dos trabalhadores da área de saúde e 25% de representação de governo e prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos.

As propostas discutidas e aprovadas pelos conselhos municipais serão levadas às conferências estaduais e, posteriormente, à Conferência Nacional de Saúde, que acontece a cada quatro anos – momento em que a sociedade, os profissionais e os gestores da Saúde se reúnem para formulação de políticas públicas ou melhoramento do SUS.

De acordo com a Resolução 453 de 2012, são competências do Conselhos de Saúde:

I - fortalecer a participação e o Controle Social no SUS, mobilizar e articular a sociedade de forma permanente na defesa dos princípios constitucionais que fundamentam o SUS; II - elaborar o Regimento Interno do Conselho e outras normas de funcionamento; III - discutir, elaborar e aprovar propostas de operacionalização das diretrizes aprovadas pelas Conferências de Saúde; IV - atuar na formulação e no controle da execução da política de saúde, incluindo os seus aspectos econômicos e financeiros, e propor estratégias para a sua aplicação aos setores público e privado; V - definir diretrizes para elaboração dos planos de saúde e deliberar sobre o seu conteúdo, conforme as diversas situações epidemiológicas e a capacidade organizacional dos serviços; VI - anualmente deliberar sobre a aprovação ou não do relatório de gestão; VII - estabelecer estratégias e procedimentos de acompanhamento da gestão do SUS, articulando-se com os demais colegiados, a exemplo dos de seguridade social, meio ambiente, justiça, educação, trabalho, agricultura, idosos, criança e adolescente e outros; VIII - proceder à revisão periódica dos planos de saúde; IX - deliberar sobre os programas de saúde e aprovar projetos a serem encaminhados ao Poder Legislativo, propor a adoção de critérios definidores de qualidade e resolutividade, atualizando-os face ao processo de incorporação dos avanços científicos e tecnológicos na área da Saúde...; XX - estabelecer a periodicidade de convocação e organizar as Conferências de Saúde, propor sua convocação ordinária ou extraordinária e

estruturar a comissão organizadora, submeter o respectivo regimento e programa ao Pleno do Conselho de Saúde correspondente, convocar a sociedade para a participação nas pré-conferências e conferências de saúde; XXI - estimular articulação e intercâmbio entre os Conselhos de Saúde, entidades, movimentos populares, instituições públicas e privadas para a promoção da Saúde;...

Na formulação de políticas, a atuação do conselho é propositiva, interagindo com o gestor do SUS naquela esfera e o Poder Legislativo (NORONHA; LIMA; MACHADO,2012). Esta interação deve sempre respeitar os princípios do SUS para evitar que prevaleçam interesses de segmentos específicos ou polarização e confrontos políticos-partidários.

Segundo Escorel e Moreira (2012) o papel de espaços de participação como os conselhos de saúde está configurado por duas dimensões interligadas:

Uma mais imediata e pragmática, que congrega os esforços dos sujeitos diretamente interessados na situação, outra, mais ampla, multiplicadora e até mesmo conscientizadora, que compreende a construção e a difusão de uma cultura participativa promotora de interação com sujeitos que, mesmo não envolvidos com uma determinada situação, podem de alguma maneira contribuir para a realização dos objetivos. (ESCOREL; MOREIRA,2012)

Entretanto, alguns autores como Cardoso e Rocha (2018), Oliveira (2006) e Cortês (2009) questionam essa afirmação, observando que, na prática, os conselhos de saúde se tornam instituições que, em muitas ocasiões, não permitem a participação efetiva da comunidade e distendem-se como meras instituições homologatórias de encaminhamentos prévios de grupos que estão na gestão do sistema, que menosprezam a fala dos representantes da comunidade. Uma pesquisa realizada nos conselhos municipais da Região Metropolitana de Porto Alegre, por exemplo, demonstra que:

A visão de que os conselhos eram meros “instrumentos formais de gestão” foi mencionada por quase metade dos entrevistados (42%, 39 em 92). A percepção aqui expressa sobre a atuação negativa dos conselhos, considerando que não estariam desenvolvendo “trabalhos consistente”, e que, na prática sua função precípua, era receber projetos, prestações de contas e planos de aplicação e aprova-los para viabilizar a gestão. (CORTÊS et al, 2009)

Este sentido, a participação da comunidade nos conselhos de saúde no SUS, não deve ser apenas “representativa”, mas efetiva, cabendo aqui um sentido mais amplo que não resume-se apenas na escuta e na fala na hora do “sim” e do “não” para homologação de decisões previamente pensadas por determinados grupos, e compreende a participação como a possibilidade de transformação do sistema, questionamentos, criação e defesa de propostas, com mais horizontalidade nas práticas comunicacionais entre os conselheiros.

Assim, esta investigação propõe avaliar como a comunicação pode identificar relações desiguais de poder na tomada de decisões e eleição de prioridades pautadas nas reuniões dos conselhos de saúde.



## 5 METODOLOGIA

Com a intenção de alcançar os objetivos apresentados nessa pesquisa, realizou-se, em primeiro lugar, um levantamento bibliográfico para entender os conceitos que contextualizam o tema e verificar a existência de pesquisas já existentes sobre o tema abordado.

O Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro realiza reuniões regulares mensais, momentos em que pretendemos usar a metodologia qualitativa de observação participante para identificar os sujeitos do discurso, o processo comunicativo ou relações comunicativas existentes nesse espaço. Ao todo serão cinco participações nas reuniões do Conselho, previstas para iniciarem no mês de abril e terminarem em agosto, com o objetivo de acompanhar as disputas travadas em torno das propostas que serão encaminhadas pelo CMS à Conferência Estadual de Saúde, prevista para o segundo semestre de 2019.

O método da observação participante, segundo Severino (2016) é:

Aquele em que o pesquisador, para realizar a observação dos fenômenos, compartilha a vivência dos sujeitos pesquisados, participando de forma sistemática e permanente, ao longo do tempo da pesquisa, das suas atividades. O pesquisador coloca-se em uma postura de identificação com os pesquisados. Para interagir com eles em todas as situações, acompanhando todas as ações praticadas pelos sujeitos. Observando as manifestações dos sujeitos e as situações vividas, vai registrando descritivamente todos os elementos observados bem como as análises e considerações que fizer ao longo dessa participação. (SEVERINO,2016)

Para além da observação participante, com o intuito de entender quem são os componentes atuais do conselho e quais instituições eles representam, também realizaremos entrevistas estruturadas que, segundo Gil,

...desenvolve-se a partir de uma relação fixa de perguntas, cuja ordem e redação permanece invariável para todos os entrevistados... Esta lista de perguntas é frequentemente chamada de questionário ou de formulário. Este último título é preferível, visto que questionário expressa melhor o procedimento auto-administrado, em que o pesquisado responde por escrito as perguntas que lhe são feitas. (GIL,2008)

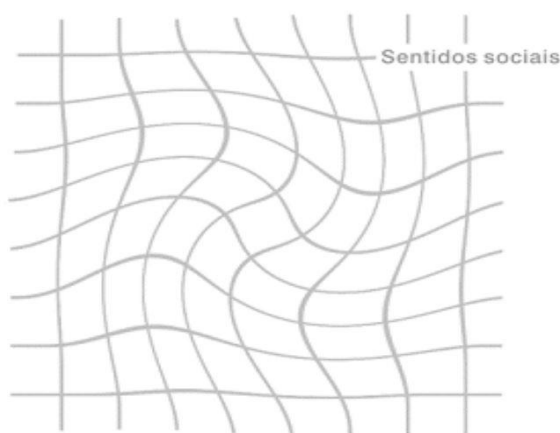
A previsão é realizar entrevistas com dois representantes da comunidade, dois representantes dos trabalhadores da saúde e dois representantes do governo no CMS do Rio de Janeiro. O estudo das relações comunicacionais proposto na pesquisa, baseia-se na teoria de Inesita Araujo sobre mercado simbólico, que entende a comunicação como um processo de produção, circulação e consumo dos sentidos sociais que se manifestam por meio de discursos. Araujo afirma que:

O mercado simbólico é um mercado de desiguais e a negociação que nele se processa tem o caráter de luta por posições de poder discursivo. Como toda luta, supõe confrontos e embates, mas também acordos, alianças, sinergias. (ARAÚJO,2004)

Esse mercado pode ser operado por indivíduos ou comunidades discursivas, que segundo a sua proposta são considerados interlocutores, que podem ocupar tanto a posição mais central ou periférica neste mercado - o que significa dizer que, de acordo com o lugar de interlocução que ocupar, será conferido a este um maior ou menor poder de barganha. Nessa perspectiva, pretendemos identificar as principais vozes presentes nas reuniões do CMS do Rio de Janeiro, e verificar seus lugares de interlocução, entendendo o processo das relações sociais entre os sujeitos do discurso no colegiado.

Para representação desse modelo de comunicação, Araújo propõe uma estrutura gráfica que será utilizada como base para a discussão dos resultados observados por esta pesquisa. Segue abaixo a explicação desse modelo:

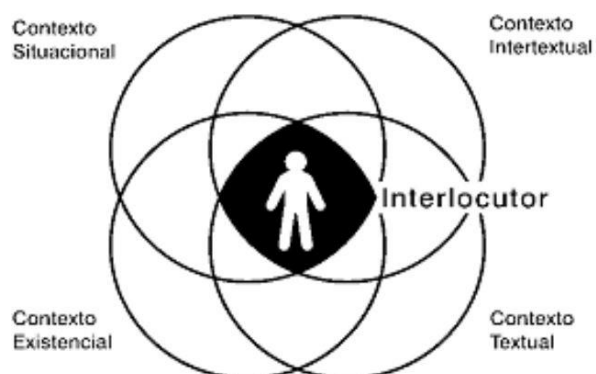
Figura 1— Sentidos Sociais



Fonte: Araújo,2004<sup>1</sup>

O processo de produção – circulação – consumo, que caracteriza o mercado simbólico, é representado no modelo por uma malha de fios, cujo traçado ondulante busca caracterizar a contínua transformação dos sentidos, em seu processo de circulação. (ARAÚJO,2004)

Figura 2: Os interlocutores



Fonte: Araújo,2004<sup>2</sup>

A produção, circulação e consumo dos sentidos sociais é mediada por um processo de negociação, que é operada por pessoas e comunidades discursivas, os “interlocutores”. O modo de cada interlocutor participar do mercado simbólico é produto da articulação de vários contextos, sendo que os mais relevantes para um modelo comunicativo são: contextos existencial, situacional, textual e intertextual... (ARAÚJO,2004)

Figura 3: Posições discursivas

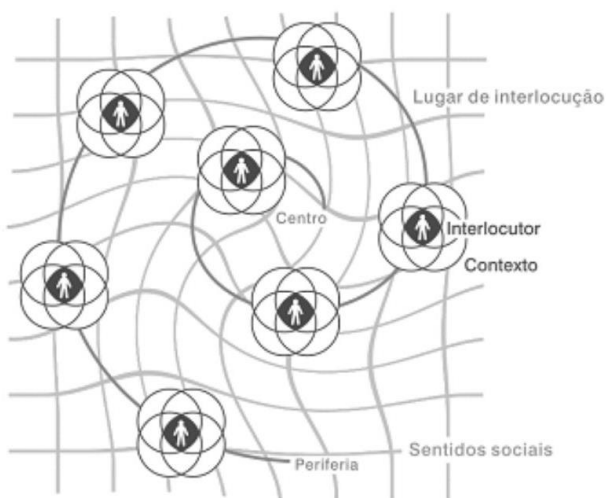


Fonte: ARAÚJO,2004<sup>3</sup>

A espiral concilia a idéia de rede e o descentramento e multilinearidade que lhe são inerentes, com a bipolaridade e linearidade da idéia de Centro e Periferia. O conceito chave é “negociação”: num modelo que representa o circuito produtivo da comunicação, “negociação” é um conceito estratégico. Toda enunciação é um produto negociado e esta concepção permite evitar oposições simplistas e bipolares entre posições de poder discursivo. (ARAÚJO,2004)

Quando o espiral é superposto à rede de sentidos, espaço dos interlocutores é formado o modelo completo representado pela figura abaixo:

Figura 4— Modelo completo



Fonte: Araújo,2004

Para simplificar, representaremos o fluxo de comunicação com o mapa do mercado simbólico, que segundo Araújo (2006), consiste num desenho das fontes e fluxos de comunicação sobre um dado tema, num dado território e com foco num dado segmento populacional ou profissional. O principal objetivo é identificar as vozes que compõem o cenário das reuniões do conselho e os discursos nesse território que são concorrentes pela melhor posição de interlocução.

Para realização dessa etapa serão mapeadas as comunidades discursivas e cada uma delas ficarão representadas no mapa através de círculos que terão tamanhos referentes a importância ou poder simbólico dessa comunidade. A posição de cada uma delas estará de acordo com seu lugar de interlocução, quanto mais no central, mais relevância no discurso, quanto mais periférica, mais invisibilidade. E para demonstrar as relações ou ligações entre elas serão utilizadas setas.

Na pesquisa, nós pretendemos descrever, com ajuda do mercado simbólico, o funcionamento de um conselho municipal de saúde e a disputa pela eleição das propostas que serão levadas à conferência estadual de saúde. Para isso, explicaremos como funcionam as reuniões (periodicidade, duração, eleição de pautas, quem participa e espaço onde é realizada), apresentaremos os interlocutores e suas filiações, tentaremos compreender como eles se aproximam em comunidades discursivas (temáticas, proximidade de atuação profissional, interesses em comum), quais são os fatores de mediação que os impulsionam (contextos diversos, como a situação política e econômica do país, ameaças recentes a determinados setores, prevalência de um subgrupo que tenha mais recursos simbólicos, etc) e como os lugares de interlocução são fluidos, podendo configurar-se de formas diferentes de acordo com o tema ou contexto em questão, dependendo da proximidade que cada indivíduo e/ou grupo, favorecendo para que ocupem um lugar de interlocução mais próximo do centro ou da periferia, a partir do que nos orienta a teoria do mercado simbólico da comunicação.

Desta maneira, pretendemos construir um mapa simbólico do conselho que nos ajudará a apresentar como se dão as disputas reais dentro do controle social, quem são os interlocutores, quais interesses prevalecem e que contextos possibilitam a aprovação de uma pauta em detrimento de outras. As entrevistas nos ajudarão a analisar estas disputas, bem como a entender os mecanismos e estratégias de negociação entre os integrantes. O que fazem para que suas propostas sejam aprovadas? Como reagem às propostas vetadas? Existe um caminho mais efetivo para que um assunto seja considerado relevante? As indicações dos entrevistados e o mapa nos ajudarão a compreender como funcionam as relações de comunicação no seio de um conselho, bem como analisar os fatores de mediações existentes, seja em de ordem pessoal ou através da demanda de um grupo.

## 6 CRONOGRAMA

<b>Atividades/ Mês</b>	<b>Jan</b>	<b>Fev</b>	<b>Mar</b>	<b>Abr</b>	<b>Mai</b>	<b>Jun</b>	<b>Jul</b>	<b>Ago</b>	<b>Set</b>	<b>Out</b>	<b>Nov</b>	<b>Dez</b>
Ajustes teóricos e bibliográficos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Acompanhamento de reuniões				X	X	X	X	X				
Elaboração do questionário e seleção dos entrevistados					X	X						
Realização das entrevistas com conselheiros					X	X	X	X				
Compilação e análise dos resultados									X	X	X	
Avaliação e redação das conclusões	<b>Até Fevereiro de 2020</b>											

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, I. S. O mapa da comunicação e a rede de sentidos da saúde. In: PINHEIRO, R; MATTOS R. (Orgs.). Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC - IMS/UERJ - ABRASCO, 2006, p. 427-444.

ARAÚJO, I.S; CARDOSO, J.M. Comunicação e saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007

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

BOURDIEU, P. O poder Simbólico. Tradução de Fernando Toma. 1. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989.

\_\_\_\_\_. A Economia das Trocas Lingüísticas: O que Falar Quer Dizer. Tradução de Sergio Miceli .2. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2008.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil03/Leis/L8142.htm> > Acesso em: 02 de Outubro de 2018

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil03/Leis/L8142.htm> > Acesso em: 02 de Outubro de 2018

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, 1988. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil03/constituicao/constituicaocompilado.htm> > Acesso em: 02 de Outubro de 2018

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselhos de saúde: a responsabilidade do controle social democrático do SUS. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CARDOSO, J.M.; ROCHA, R.L. Interfaces e desafios comunicacionais do Sistema Único de Saúde. Ciências & saúde coletiva [online]. v.23, n.6, p.1871-1880, 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232018000601871&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232018000601871&lng=pt&nrm=iso)

CORTÊS, S.V. Participação e Saúde no Brasil. 1.ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

ESCOREL, S.; MAOREIRA, M.R. Participação Social. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 852-883.

GIL, A. C. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.  
MÓNICO, L. S. Religiosidade e optimismo: Crenças e modos de implicação comportamental. Tese (doutorado em Psicologia Social) - Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra. Coimbra, 2010

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. O Sistema Único de Saúde: SUS. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 365-394.

OLIVEIRA, V.C. Desafios e contradições comunicacionais nos conselhos de saúde. In: Seminário Nacional: democratização da Comunicação e da Informação em Saúde. Coletânea de Comunicação e Informação em Saúde para o Exercício do Controle Social. Brasília: Ministério da Saúde, 2006, p. 29-43.

PAIM. J.S. O que é SUS? Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009.

SEVERINO, A. J. Metodologia do trabalho científico. 24. ed. São Paulo: Cortez, 2016 .

VINTEN, G. Participant observation: A model for organizational investigation? Journal of Managerial Psychology. Bradford, v.9 n.2, p. 30-38, 1994