



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Especialização em Comunicação e Saúde

ESTUDO SOBRE COMUNICAÇÃO, PARTICIPAÇÃO POPULAR E HUMANIZAÇÃO NA OUVIDORIA DO HOSPITAL GERAL DE NOVA IGUAÇU – HGNI: UMA ANÁLISE SOB A PERSPECTIVA DO “MAPA DO MERCADO SIMBÓLICO”.

Márcia Farias Fornari

Orientador: Francini Lube Guizardi

Rio de Janeiro, 2011

**ESTUDO SOBRE COMUNICAÇÃO, PARTICIPAÇÃO POPULAR E
HUMANIZAÇÃO NA OUVIDORIA DO HOSPITAL GERAL DE NOVA
IGUAÇU – HGNI: UMA ANÁLISE SOB A PERSPECTIVA DO “MAPA DO
MERCADO SIMBÓLICO”.**

Por

MÁRCIA FARIAS FORNARI

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

Orientador(a): Prof^a D^a Francini Lube Guizardi

**Rio de Janeiro
Abril, 2011**

Dedicatória

Aos meus pais, Neomar Duarte Fornari e Maria Horacinda Farias Fornari, dedico este trabalho de conclusão de curso. Eles foram meus maiores incentivadores durante toda a minha trajetória estudantil, desde o jardim da infância até os dias de hoje.

Pelo grande incentivo e estímulo para realizar esta especialização, dedico ainda este trabalho ao meu marido e amigo, Giovani Badolati Racca. Sempre, esteve presente nos momentos mais difíceis e, com muito carinho, mostrou-me que devo acreditar mais no meu potencial e buscar superar os obstáculos.

Agradecimentos

Aos meus colegas de trabalho do Hospital Geral de Nova Iguaçu, ao ex-diretor do HGNI, Marcelo Castro, a chefe de gabinete, Maria Lúcia Pontes, a Ouvidora Rita Gonzaga da Silva e as funcionárias da Ouvidoria do HGNI.

A assessora de comunicação da Secretaria Municipal de Saúde de Nova Iguaçu, Ana Paula Moresche que me ajudou nos períodos de ausência da coordenação da comunicação social do HGNI por conta das atividades do curso.

A jornalista e amiga Bianca Antunes pelo apoio, estímulo e por acreditar no meu potencial.

A minha orientadora Prof^a. Dra. Francini Lube Guizardi pela paciência, dedicação e incentivo durante as atividades de orientação.

A turma de Comunicação e Saúde 2010, em especial as colegas Priscilla Valladares Broca, Camila Cruz, Priscila Espirito Santo, Gilza Vilda de Negreiros e Noilma Passos, pelo companheirismo, amizade e troca de experiências.

A todos os professores, coordenadores e equipe da secretaria acadêmica do Curso de Comunicação e Saúde do ICICT/ Fiocruz.

A minha grande amiga Juliana Casemiro pela paciência, apoio, estímulo, torcida e companheirismo de sempre.

Ao meu cunhado Gustavo Badolati Racca pela paciência e incentivo.

A minha irmã Cláudia Farias Fornari pelo apoio e amizade.

Resumo

Este trabalho de conclusão do curso pretende refletir e propor uma análise sobre construção de espaços mais democráticos de comunicação e de participação popular que favoreçam o fortalecimento do controle social no Sistema Único de Saúde (SUS). O presente projeto de pesquisa tem como objeto de estudo a Ouvidoria do Hospital Geral de Nova Iguaçu (HGNI – Hospital da Posse).

Para o processo de reflexão comunicação e participação social, é importante compreender as ouvidorias como instrumentos de comunicação é pensar em um processo comunicacional que nos remete à fala, à escuta e à possibilidade do entendimento por meio do diálogo. O desafio é garantir o direito de falar e ser ouvido dos cidadãos.

Neste contexto, a comunicação está associada ao aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde (SUS), ampliação da participação popular e incentivo ao controle social das políticas de saúde pelos cidadãos. Os processos comunicacionais democráticos são fundamentais à afirmação e garantia dos direitos humanos e da democracia, também, podem ser uma estratégia para a produção do cuidado e da gestão, comprometidos com a humanização.

Palavras Chaves

Humanização, Comunicação, Ouvidoria e Participação Social.

Sumário

1	Introdução	5
2	Participação Social e os desafios para o campo da Comunicação e Saúde	11
	2.1 Comunicação e participação no SUS	14
3	Política Nacional de Humanização da atenção e da gestão em saúde: interfaces entre democracia e comunicação.....	20
	3. 1 A relação entre Humanização da atenção e da gestão em saúde e Comunicação	23
4	Metodologia de Pesquisa	276
	4.1 Procedimentos metodológicos.....	29
	Referências Bibliográficas	31

1 Introdução

Humanização, Comunicação e Participação Social são os pilares deste trabalho de conclusão do curso de especialização em Comunicação e Saúde do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz. Com o aporte teórico do campo da Comunicação e Saúde, este projeto de pesquisa pretende refletir e propor uma análise sobre construção de espaços mais democráticos de comunicação e de participação popular que favoreçam o fortalecimento do controle social no Sistema Único de Saúde (SUS).

O presente trabalho tem como objeto de estudo a Ouvidoria do Hospital Geral de Nova Iguaçu (HGNI – Hospital da Posse). Para contextualizá-lo, será apresentada em poucas linhas a unidade de saúde que abriga esta ouvidoria e a trajetória de implantação da Ouvidoria do HGNI. O Hospital Geral de Nova Iguaçu é o maior hospital público da Baixada Fluminense e se caracteriza pelo atendimento de urgência e emergência, de média e alta complexidade. É referência para maternidade de alto risco, UTI neonatal, UTI adulto, neurocirurgia, traumato-ortopedia, buco-maxilo-facial, entre outras especialidades.

Neste cenário, a Ouvidoria do HGNI foi instituída em 2005 durante o processo de implantação do programa de Qualificação de Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde (QualiSUS) e da Política Nacional de Humanização. O serviço de ouvidoria foi criado para ser um canal de comunicação entre a direção do HGNI e os usuários, seu objetivo é ouvir queixas, dúvidas e sugestões de pacientes, que podem ser realizadas pessoalmente, por telefone ou e-mail. A Ouvidoria visa ainda detectar problemas e apontar melhorias de processos baseado nas críticas dos cidadãos.

Para Araújo e Cardoso (2007), as ouvidorias são espaços para ampliação do direito de falar e ser ouvido dos usuários.

(ouvidorias, na sua concepção de espaços de escuta, de comunicação, são um bom começo...), permitindo-lhes disseminar seus interesses e pontos de vista; e, de modo complementar, se forem oferecidos a essa população, de forma adequada, conhecimentos sobre seus direitos e outras informações que facilitem sua relação com as instituições e os serviços de saúde, favorecendo que ela se aproprie e potencialize as iniciativas surgidas (pag. 85).

A Ouvidoria do HGNI tornou-se uma Ouvidoria do Sistema Único de Saúde (SUS) em 2009, através de um convênio entre o Ministério da Saúde e a Secretaria Municipal de Saúde de Nova Iguaçu. Após treinamento de seus funcionários, ela passou a utilizar o OuvidorSUS para registro das demandas dos usuários. Este é um sistema online e tem por finalidade o cadastramento das reclamações, sugestões, solicitações, denúncias e elogios dos usuários, assim como a disseminação das informações em saúde. O sistema foi desenvolvido pelo Departamento de Ouvidoria Geral do SUS (DOGES), em parceria com o Departamento de Informática do Ministério da Saúde (DATASUS).

O Departamento de Ouvidoria Geral do SUS foi criado pelo Decreto n 4.726, em 09 de junho de 2003, e compõe a estrutura da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde. O DOGES trabalha na perspectiva de descentralização das ouvidorias, investindo na implantação do Sistema Nacional de Ouvidorias do SUS. Por isto, foi desenvolvido o sistema OuvidorSUS que visa ampliar e otimizar o atendimento das demandas providas da população.

Para o processo de reflexão sobre humanização, comunicação e participação social, é importante ter em mente a missão da Ouvidoria do SUS.

A Ouvidoria do SUS tem por papel principal dialogar com a população, buscando atendê-la em suas manifestações quanto ao SUS

para a efetivação dos seus princípios e diretrizes. Desta forma, a Ouvidoria constitui-se um canal articulador entre o gestor e o controle social, tendo como estratégia a gestão participativa e o exercício da cidadania (Ouvidoria do SUS - orientação para implantação de ouvidoria em saúde, 2005).

Compreender as ouvidorias como instrumentos de comunicação é pensar em um processo comunicacional que nos remete à fala, à escuta e à possibilidade do entendimento por meio do diálogo. O desafio é garantir o direito de falar e ser ouvido dos cidadãos. Como a comunicação é prática inerente ao ser humano e uma experiência cotidiana, cabe lembrar que também é uma ciência humana, um objeto de estudo, um campo teórico constituído de matrizes, modelos e metodologia.

Assim, este projeto de pesquisa abordará o campo da comunicação e saúde. Nesta perspectiva, a comunicação não está a serviço da saúde como se fosse apenas um conjunto de técnicas para servir aos objetivos da saúde. A interface da comunicação e saúde é uma articulação dos elementos de cada campo e da sua correlação, onde a conjunção e demonstra a presença de opções teóricas distintas.

Quando o lugar de fala é o da saúde temos um campo de interseção e, mais que isto, um contexto a definir a abordagem: o SUS, com seu dinamismo, contradições, lutas específicas, movimentos sociais e políticos, estruturas, instituições. O que se objetiva é compreender e agir sobre os processos sociais de produção dos sentidos, que afetam diretamente o campo da saúde. Todo o aparato teórico-conceitual e metodológico da comunicação, então, adquire pertinência quando operando sobre esse cenário e articulando a interesses do campo da saúde (Araújo e Cardoso, 2007- pag. 21).

Neste contexto, a comunicação está associada ao aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde (SUS), ampliação da participação popular e incentivo ao controle social das políticas de saúde pelos cidadãos. Os processos comunicacionais democráticos são fundamentais à afirmação e garantia dos direitos humanos e da democracia, também,

podem ser uma estratégia para a produção do cuidado e da gestão, comprometidos com a humanização.

Para Benevides e Passos (2005), a humanização na saúde é um processo de constituição do Sistema Único de Saúde. A Política Nacional de Humanização é um retorno à base da reforma sanitária que resultou no SUS. “Como política, a humanização deveria traduzir princípios e modos de operar no conjunto das relações entre todos que constituem o SUS” (pag. 562).

A comunicação é um dos grandes desafios da humanização. Observa-se que a comunicação na saúde se dá, em grande parte, por meios e relações de poder preestabelecidas por modelos comunicacionais e de atenção consolidados e reproduzidos cotidianamente. No entanto, são possíveis outros tipos de relações sociais no cotidiano da saúde que podem ser utilizados para subverter esta ordem, algumas da própria Política Nacional de Humanização.

Para Deslandes (2005), o processo de comunicação no contexto da humanização refere-se à ampliação da competência comunicativa que compõe a base de um cuidado e gestão emancipadores, em que os sujeitos sejam atuantes.

A proposição de um modelo de produção de cuidados mais resolutivo, centrado em comunicação que articula a troca de informações e saberes, diálogo, escuta de expectativas/demandas e a partilha de decisões entre profissionais, gestores e usuários. Pensar a comunicação traz implícita a tarefa de discutir politicamente os diferentes capitais e agentes envolvidos nesta proposta e os meios de comunicabilidade (comunhão e negociação de sentidos e interpretações) (pag. 401).

Entendemos que Humanização, Comunicação e Participação Social estão extremamente correlacionados diante da perspectiva do campo Comunicação e Saúde. O maior vínculo entre estas áreas é fundamental para a consolidação do Sistema Único de Saúde e para o enfrentamento do desafio de produzir um trabalho ético, no processo

de seu aperfeiçoamento, que possibilite mudanças nas condições de saúde e de vida da população.

A principal questão deste trabalho de conclusão de curso é como a Ouvidoria em Saúde pode contribuir para fortalecer o controle social no processo de humanização do HGNI?

Os objetivos estabelecidos para esse projeto são:

Objetivo Geral:

A partir do campo da Comunicação e Saúde, este trabalho pretende analisar o exercício da participação popular e do controle social por meio da Ouvidoria do HGNI, buscando conhecer e compreender a sua contribuição para o processo de humanização do Hospital Geral de Nova Iguaçu.

Objetivos Específicos:

- Mapear a organização e atuação da Ouvidoria do HGNI no acolhimento das demandas dos cidadãos;
- Verificar como ocorre a disseminação de conhecimentos e informações sobre os direitos em saúde na Ouvidoria;
- Identificar os processos de comunicação na Ouvidoria;
- Entender como se dá a participação popular e o controle social neste contexto.
- Compreender a discussão sobre humanização no HGNI e sua relação com a Ouvidoria.

A escolha deste tema - que envolve o debate sobre humanização, processos comunicacionais mais democráticos e a importância das ouvidorias em saúde – baseia-se na reflexão sobre possibilidades e desafios da participação popular e controle social no SUS. Assim, é fundamental pensar a participação como princípio organizativo do sistema, como forma de tornar a população presente na discussão das

políticas de saúde. Em espaços institucionalizados, talvez as ouvidorias sejam uma boa alternativa para garantir o acesso dos cidadãos a espaços abertos ao diálogo, a discussão de problemas e reconfiguração das políticas.

As ouvidorias em saúde são canais de comunicação entre os usuários, trabalhadores e gestores de instituições públicas que possibilitam ampliar a voz do cidadão e disseminar seus interesses e pontos de vista. Quando orientados sobre seus direitos e outras informações que facilitem sua relação com o sistema de saúde, podem tornar-se sujeitos na defesa do direito à saúde por meio da participação popular e na inclusão do cidadão no controle social.

Nesta perspectiva, a relevância deste trabalho está na importância desta instância para a implementação da participação social no SUS e na análise crítica das potencialidades das ouvidorias em saúde - tema pouco estudado e explorado academicamente. Ao mesmo tempo, este projeto de pesquisa é fruto do questionamento sobre as ações cotidianas da Ouvidoria do Hospital Geral de Nova Iguaçu. Esta inquietação emergiu nos dois anos em que o pesquisador trabalhou como assessor de comunicação do HGNI, onde teve a oportunidade de acompanhar o processo de implantação da Ouvidoria do SUS. E, presenciou inúmeras discussões entre gestores e profissionais de saúde sobre como implantar efetivamente a política de humanização para melhorar a qualidade da assistência visando diminuir o número de reclamações dos usuários, sem procurar entender o que de fato levou o cidadão a registrar sua queixa.

2 Participação Social e os desafios para o campo da Comunicação e Saúde

“A saúde como direito dos cidadãos e dever do Estado” é um marco político da Constituição Brasileira de 1988 que demonstra a redefinição do conceito de saúde como afirmação de cidadania e conjunto de condições de vida relacionando-a aos direitos fundamentais do cidadão como alimentação, moradia, saneamento, educação, salário digno que são estruturantes para definição de saúde como qualidade de vida. (ABRASCO, 1985). Esta afirmação da cidadania é fruto das lutas e movimentos sociais, que visaram reformas de base na saúde antes abafadas pelos anos de chumbo da ditadura militar brasileira, instaurada com o golpe de 1964. Durante o processo pela redemocratização do país, o movimento tomou escopo e se tornou conhecido como Reforma Sanitária.

O movimento sanitário culminou com a discussão aberta sobre a reforma do sistema de saúde, realizada durante a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986. A VIII CNS é um marco histórico da política de saúde brasileira que nos debates reuniu cerca de 4 mil pessoas, entre técnicos, gestores de saúde e usuários (sociedade civil), e aprovou por unanimidade a universalização da saúde e o controle social. O relatório final desta conferência serviu de referência nas discussões da Assembleia Nacional Constituinte em 1987/88, que aprovou o Sistema Único de Saúde, seus princípios e diretrizes.

Para Guizardi *et al* (2004), a participação da comunidade no SUS teve conceitos diferenciados ao longo das transformações políticas ocorridas nos núcleos temáticos da VIII a XI CNS.

Na VIII Conferência Nacional de Saúde, a participação é pensada a partir de sua inserção na constituição da política de saúde como

mecanismo de sua determinação e do acompanhamento e fiscalização de seu respectivo processo, em todos os níveis do sistema. O controle social é percebido como efeito dessa participação, como um de seus aspectos, na medida em que ela vai da organização (portanto, da definição) ao controle das políticas. Nesse sentido, a concepção de participação é definida pelo acesso da população às decisões que configuram a política de saúde. Aspecto destacado pela ênfase dada à mobilização e ao fortalecimento da sociedade civil como sujeito que age para a afirmação e construção do direito à saúde (Pag.229).

Dentro do contexto político mundial de fortalecimento do neoliberalismo e redução do Estado como provedor de serviços, a participação, a partir da IX CNS, passa a ser identificada aos espaços institucionais conquistados pelo SUS e pela Lei 8.142, os Conselhos e Conferências de Saúde. A perspectiva da manutenção das conquistas constitucionais, com as práticas de acompanhamento e fiscalização da implementação do SUS ganha força, e com isso o caráter fiscalizador da participação ficou evidenciado, perdendo relevância na discussão a intervenção dos cidadãos na definição de políticas de saúde.

Segundo Guizardi *et al* (2004), as diferentes concepções sobre a participação presentes nos relatórios das conferências nacionais de saúde apontam a necessidade de retornar ao debate sobre a política que norteia a participação da população no SUS. A autora afirma que é importante resgatar a perspectiva da VIII Conferência “que inscreve a participação da comunidade como princípio do sistema de saúde, a qual explicita um projeto de sociedade em que o SUS se apresenta como território a ser inventado por meio da criação de espaços públicos” (Pag. 230). Nessa perspectiva, o desafio é fazer a participação acontecer de forma mais democrática, abrindo espaço para as vozes silenciadas historicamente nos processos de decisão.

A questão do acesso da comunidade aos espaços de discussão e definição das políticas é fundamental para o estabelecimento de relações horizontais no contexto de implementação do SUS. Desta forma, as conferências e os conselhos de saúde são

espaços legalmente constituídos para ampliação do acesso dos cidadãos e para a articulação de uma prática política de participação mais democrática e compartilhada nas questões do sistema de saúde. Guizardi *et al* (2004) propõem que a participação tenha espaços de “resistência”, onde o diálogo e a discussão sejam protagonistas e que comunidade atue coletivamente nas demandas e repostas apresentadas, de modo que elas possam ser “problematizadas, ressignificadas, pactuadas, e reconfiguradas” (Pag. 228).

Diversos estudos mostram que a democratização da participação não está assegurada com os espaços de controle social. Nos conselhos de saúde, a participação depende de como se dá o jogo de poder e sua relação entre os representantes do governo, dos trabalhadores e dos usuários. Em alguns casos, representantes do governo buscam reduzir o papel fiscalizador e deliberativo dos conselhos que acabam perdendo autonomia. Muitas autoridades consideram os conselheiros despreparados para compreender a lógica de funcionamento e as necessidades do sistema de Saúde.

Para Oliveira (2004), os conselhos são subestimados em algumas análises o que impede que seja visto o seu potencial democrático.

O tipo de análise feita é o de subestimar o papel dos conselhos entendendo-os como instância destituída de real capacidade de intervenção no debate público para o exercício do controle social ou da formulação de políticas públicas. (...) Já outros argumentam que os conselhos são instâncias inócuas para melhorar politicamente o funcionamento do sistema de saúde porque costumam ser transformados em instâncias de conflitos, de impasses político-partidários ou servindo como trampolim político para muitos de seus membros, deixando em plano secundário as reais necessidades de discussão e decisão sobre as questões de saúde (Pag. 13).

Apesar destas avaliações negativas, são inegáveis as conquistas da sociedade civil referente ao controle social e o importante papel dos conselhos para a implementação do SUS. Nesta perspectiva, há ainda grandes desafios para a

participação no SUS, como pensar em outras possibilidades de participação que se pautem no diálogo, no compartilhamento de conhecimentos, na troca de experiência entre os sujeitos, no engajamento na elaboração da política de saúde e na construção de espaços mais democráticos onde seja possível tornar a participação no SUS protagonista desta política.

2.1 Comunicação e participação no SUS

Junto ao reconhecimento do direito à participação da comunidade e ao controle social no sistema de saúde, emergiu a discussão pública sobre o direito à informação, educação e comunicação inerentes ao direito à saúde, na VIII Conferência Nacional de Saúde. Na IX CNS, o relatório final demonstrou apoio ao projeto de lei para democratização dos meios de comunicação. Em 1996, a XCNS estabeleceu prazos para elaboração de uma política nacional de informação, educação e comunicação em saúde, com objetivo de organizar um sistema nacional com estas três áreas. Na mesma perspectiva, a XI CNS em 2000 consolidou o programa Informação, Educação e Comunicação (IEC).

Em 2003, a XII CNS incluiu a comunicação e a informação em seus eixos temáticos e recomendou a realização da I Conferência Nacional de Informação, Comunicação e Educação Popular em Saúde. Neste momento, é importante lembrar que o Governo Lula convocou a primeira conferência de comunicação. Após anos de articulação política de diversas entidades, aconteceu em dezembro de 2009 a I Conferência Nacional de Comunicação com o tema “Comunicação: meios para a construção de direitos e de cidadania na era digital”.

Até a presente data, a última Conferência Nacional de Saúde realizada foi a XIII CNS, em 2007. Em seu relatório final é incentivada a criação e implementação de comissões de comunicação, informação e informática em saúde nos conselhos estaduais

e municipais de saúde, visando à mobilização da sociedade e o fortalecimento do controle social, estimulando a criação de uma rede de comunicação entre os conselhos de saúde. E, entre outras deliberações, a conferência recomendou um concurso nacional para divulgar para a sociedade brasileira o SUS positivo, que não aparece e não é apresentado na mídia.

Esta discussão sobre ações estratégicas de informação e comunicação a fim de garantir a participação e o controle social da população demonstra a importância que a comunicação vem conquistando no campo da saúde. “(...) as políticas de saúde sendo atravessadas pelo discurso do direito à informação e à comunicação como indissociável do direito à saúde” (Araújo e Cardoso 2007, pag.61).

Para Oliveira (2004), no entanto, os conceitos de comunicação e informação são pouco debatidos e problematizados.

Observa-se que, possivelmente em consequência dessa falta de problematização, os conceitos de comunicação e informação são definidos muito mais pela perspectiva instrumental e prescritiva do que pela perspectiva dialógica, como seria de supor se levarmos em conta a história e a profunda vocação popular e democrática do SUS (Pag. 2).

Nesta perspectiva instrumental e prescritiva, comunicação e informação são instrumentos a serviço da participação, são entendidas como ferramentas estratégicas que possibilitam “interferir nas relações sociais”, adotar práticas prescritivas e dar respostas aos “problemas de implementação do sistema de saúde”. Os processos comunicacionais podem ser desenvolvidos por diversos modelos o que dependerá do contexto nos quais estarão inseridos. Assim, cada modelo interagirá de forma diferente com a realidade.

Há modelos que se naturalizaram de tal forma que moldam a percepção e orientam as ações de forma hegemônica. Este é o caso do modelo informacional

(matemático), que está bastante presente no campo da saúde. Possui características como o privilégio do emissor (sujeito) em detrimento do receptor (coadjuvante); processo linear e bipolar – exclui as vozes fora do eixo; eliminando os ruídos e não leva em consideração os contextos; entende a língua como um conjunto de códigos preestabelecidos, esquecendo que os significados dependem de outros fatores; etc.

Entre outras distorções, produz uma prática sem escuta e sem diálogo, que atribui o direito de voz e expressão apenas ao emissor (instituições de saúde ou meios de comunicação), silenciando a maioria. Nessa mesma linha de consequência, uma parte considerável dos materiais informativos/ educativos trata a população como carente e ignorante, reafirmando a diferenciação social e aumentando as condições de exclusão. Por fim, ao preconizar apagar os 'ruídos', expurga a diversidade, as diferenças, as muitas vozes sociais que estão presentes em qualquer situação vivida (Araújo e Cardoso, 2007, Pag. 47).

Em seu contexto histórico, o campo da saúde vem estabelecendo relações desiguais de poder em que instituições, gestores, profissionais de saúde e usuários (pacientes) tem legitimidade e possibilidades distintas de intervenção. Neste sentido, entende-se que a grande maioria das políticas de saúde está constituída em bases comunicacionais autoritárias e resistentes a mudanças, onde há espaço apenas para as falas autorizadas e atos/ações prescritivas. De um lado, há grupos com conceitos, argumentos, falas consideradas legítimas e de outro estão aqueles cuja fala e cujos os saberes são desqualificados. As práticas de saúde são marcadas, em seu cotidiano, por encontros e desencontros entre os diferentes membros desta hierarquia que compõem modelos de assistência arraigados e reproduzidos rotineiramente. Desta forma, o controle e a disciplina servem para a manutenção da ordem de poder vigente. Assim como o campo da saúde, comunicação produz arena de disputa de poder.

Segundo Araújo e Cardoso (2007), o conceito do Poder Simbólico de Pierre Bourdieu (“poder de fazer ver e fazer crer”) pode favorecer a compreensão das relações de poder estabelecidas no campo da Comunicação e Saúde.

Simplificando, o poder simbólico de uma pessoa, grupo ou instituição está na razão direta do seu capital simbólico. Este resulta do reconhecimento, como legítimos, dos capitais de outra espécie – econômico, cultural ou social. A legitimidade se conquista, via de regra, no território da comunicação, que é o da produção e circulação dos sentidos sociais. E, num momento circular, a comunicação é mais eficaz quando emanada de uma voz autorizada por legitimidade (Pag. 38).

Em contraponto ao modelo hegemônico (informacional) e coerente com os princípios do SUS, desponta um novo modelo de comunicação onde o ruído é uma importante contribuição para o processo comunicacional. Nesse modelo, independente de suas posições centrais ou periféricas, todos têm a possibilidade de participar, tanto de ouvir como ser ouvido. Este é o modelo do mercado simbólico de Inesita Araújo. O modelo opera em rede, descentrado, multipolar e possui como características a produção, circulação e consumo dos sentidos sociais e como a própria autora explica: “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 acordo e alianças, sinergias” (Araújo, 2004, Pag.03).

Este é um modelo democrático de comunicação, onde não há mais emissores (sujeitos) e receptores (coadjuvantes), e sim pessoas ativas - os interlocutores, que trazem consigo conhecimentos e experiências adquiridas ao longo da vida e outros contextos. Neste processo comunicacional são levados em conta quem tem algo a dizer e estes serão escutados e considerados no processo. Os interlocutores podem estar mais a periferia ou mais ao centro, mas são eles que operam a rede de sentidos, produzem e fazem circular seus discursos, e ao mesmo tempo se apropriam de novos contextos.

Para Araújo (2004), o mercado simbólico remete para a disputa e negociação de posições de poder. Os interlocutores e comunidades discursivas que estão mais ao centro buscam a manutenção de sua posição e o que estão na periferia tendem a articular estratégias para a conquista de um melhor lugar de interlocução.

Mediação é a propriedade exercida pelo elemento que possibilita a conversão de uma realidade em outra. Os fatores de mediação, ao promoverem o fluxo dos interlocutores entre os diversos lugares de interlocução, favorecem e mesmo determinam o equilíbrio das forças. (...) Sua Valoração está vinculada à noção de capital simbólico (Bourdieu, 1989). Ou seja, a posse de maior ou menor grau daquela propriedade confere capital simbólico ao interlocutor, modificando sua posição na escala de poder entre Centro e Periferia (Araújo, 2004, Pag. 07).

Nesta perspectiva, comunicação deve estar associada à noção de direito e de cidadania, que constitui um espaço de debate, de disputa, de poder, de constante movimento. No campo da saúde, a comunicação tem um papel importante na implementação do sistema de saúde e da participação da comunidade na construção mais adequada das supostas necessidades de saúde da população e em consonâncias com os princípios e diretrizes do SUS e, por isso, não deve se restringir apenas à divulgação ou mesmo trabalhar com a noção de persuasão. Os planos estratégicos de comunicação devem abrir espaço para o debate público, garantir o acesso a informações essenciais para ampliar a participação dos cidadãos nas políticas de saúde.

Assim, deve-se refletir sobre a democratização da comunicação. As pessoas precisam ser vistas como interlocutores e, não apenas como receptores, vistas como cidadãos relevantes com falas valorizadas e reconhecidas. Para isto, a população precisa ter acesso a espaços de fala e canais de escuta além de ter acesso a informações e

conteúdos em consonância com suas necessidades para que tenham a possibilidade de se constituírem como sujeitos nos processos comunicacionais.

A participação no SUS deve ir além dos espaços institucionalizados e ampliar-se para novas possibilidades.

Entendemos que a participação transcende os conselhos de saúde e devendo manifestar-se de outros modos e por outras vias. A relação da comunicação com a diretriz da participação é ontológica, no sentido de que, sem comunicação universal, equitativa, integral, descentralizada e hierarquizada, dificilmente teremos uma participação como a desejada e vice-versa (Araújo e Cardoso, 2007, Pag. 83).

Contudo, as possibilidades e desafios ainda são grandes na construção de novas alternativas de participação no SUS. As ouvidorias e disque-saúde, apesar de serem canais institucionais, são espaços relativamente novos de manifestações diretas e individuais. Estes espaços ainda estão em processo de construção, mas apresentam um potencial estratégico de ampliação na escuta de vozes mais periféricas e potencializar seus pontos de vista e interesses no controle social do SUS.

3 Política Nacional de Humanização da atenção e da gestão em saúde: interfaces entre democracia e comunicação

Na saúde, o conceito de humanização foi, primeiramente, entendido pelos profissionais de saúde como uma insinuação de maus-tratos ao usuário. Em seguida, tornou-se sinônimo de filantropia, paternalismo ou caridade. Assim, entrou em certo processo de banalização e menosprezo por gestores e trabalhadores da saúde. Neste contexto, é um desafio a discussão de conceitos e práticas de humanização. “(...) daí a necessidade de enfrentarmos a tarefa de redefinição do conceito de humanização, bem como os modos de construção de uma política pública e transversal de humanização da/na saúde” (Benevides e Passo, 2005, Pag. 561).

A Política Nacional de Humanização (PNH) nasce como uma política de saúde baseada nos princípios e diretrizes do SUS, com ênfase no vínculo com os usuários. Ela busca a alteração do padrão de atenção a fim de garantir os direitos dos sujeitos envolvidos; visa melhores condições de trabalho para profissionais e gestores; estimula o protagonismo dos sujeitos envolvidos no sistema de saúde seja por ações de controle social ou co-gestão. A PNH apresenta um conjunto de diretrizes que propõem a qualificação das práticas de saúde; acesso com acolhimento; atenção integral e equânime com responsabilização e vínculo; valorização dos trabalhadores e usuários com avanço na democratização da gestão e no controle social participativo.

Benevides e Passos (2005) propõem um confronto entre humanização e humanismo para refletirmos sobre o conceito de humanização e a sua relação com o Estado moderno. Os autores contextualizam a discussão da humanização na saúde com o processo de constituição do SUS e enfatizam que é preciso resgatar o olhar crítico

sobre os poderes instituídos e as “resistências” presentes em novos modos de lidar com a saúde.

Para problematizar o poder, os autores recorrem às teses de Michel Foucault. Segundo este autor, na sociedade, há diversas relações de poder que se cruzam, associam-se e constituem o corpo social e, nesta perspectiva, o poder é inerente a todas as relações, sejam elas familiares, profissionais ou sexuais. Benevides e Passos utilizam como referência em sua reflexão a fase do pensamento foucaultiano conhecida como período genealógico, que.

(...) caracteriza-se, sobretudo, por um método de acoplamento do conhecimento com as memórias locais, que permite a constituição de um saber histórico das lutas e a utilização deste saber nas táticas atuais. São, antes de tudo, anticiências no dizer de Foucault, insurreições dos saberes contra ‘os efeitos de poder centralizadores que estão ligados à instituição’. Para ele, a questão de todas as genealogias é a do poder: quais seus mecanismos, efeitos, relações e dispositivos que se exercem nos diferentes domínios da sociedade e com extensões tão variadas (Pag. 564).

Foucault contrasta maquiavelismo e antimachiavelismo para mostrar que a modernidade política já não podia encontrar apoio no poder soberano e apresenta, então, a emergência da arte de governar. A diferença entre a soberania e o novo regime está sobre o que se exerce e como se exerce o poder. Foucault destaca a existência de três tipos de poder: o governo de si mesmo (moral), a arte de governar uma família ou população (economia) e governar o Estado (política). A esta ação ampliada de governo Foucault chama de “governamentalidade”. Os três poderes se unem e, na modernidade, o Estado torna-se referência na arte de governar. O governo político se faz na referência ao Estado em sua relação com a dimensão pública das políticas.

(...) Estado-Nação que tem a função de disciplinar, estabelecer e regulamentar as relações entre os sujeitos formalmente livres. A

liberdade, definida como experiência imediata dos coletivos, se submete neste instante às formas de mediação de uma nova transcendência. (...) Dai a ideia de Estado representativo moderno que a um só tempo se propõe como garantia da expressão política das massas e se apresenta como forma da alienação do poder daqueles que no Estado estariam representados. (...) A dimensão de omnicontrolé que Foucault designou como biopoder faz com que o Estado desempenhe cada vez mais uma função policial (Benevides e Passos, 2005, Pag. 567).

O Estado moderno é representativo e policial, tem a missão de controlar a população e administrar os indivíduos. Neste tipo de relação, o assujeitamento pela máquina estatal é o que fundamenta a relação de poder. Neste contexto, é preciso refletir sobre esta relação diante da construção e implementação de políticas públicas no SUS. “Pode-se verificar a ligação e simultaneidade da teoria moderna do homem como sujeito e Estado de polícia. Descartes é um representante dessa modernidade que definiu o homem separando corpo e alma (...)” (Benevides e Passos, 2005, Pag. 568).

Nesta teoria, o homem da razão está separado da paixão, dos embates, e distante da natureza. Assim, apega-se aos direitos civis e mantém uma relação de harmonia com o Estado, mas se afasta dos princípios dos direitos humanos. Os direitos de um homem ficam sempre submetidos aos direitos do Homem. E, o que entendemos por este Homem? Na sociedade moderna, a figura do Homem é idealizada. “O Homem” como padrão é a garantia da normalização, da classificação e da definição de práticas modeladoras e corretivas.

Benevides e Passos (2005) discutem a idealização da figura humana no contexto da política de humanização. A crítica à figura do homem ideal é a provocação colocada para redefinir o conceito de humanização.

Esta crítica ao Homem como figura-ideal desencarnada e ao seu sobrevo regulatório, longe de abandonar todo e qualquer princípio de orientação, coloca em questão as práticas normalizadoras apostando, em contraste, na “normatividade” do vivo como capacidade menos de

seguir do que de criar normas (Canguilhem, 1978). É neste sentido que a humanização não pode ser pensada a partir de uma concepção estatística ou de distribuição da população em torno de um ponto de concentração normal (moda) (Pag. 570).

Segundo os autores, é preciso identificar a utopia do Homem idealizado para pensar em um novo humanismo como processo contínuo de humanização da figura humana, considerando o ser humano em sua diversidade e nas mudanças que experimenta nos movimentos coletivos. Nesta perspectiva de redefinição de conceitos, a humanização passa a ser pensada como uma política de intervenção nas práticas de saúde baseada na produção coletiva dos sujeitos envolvidos e engajados diretamente na saúde pública. Estes, quando mobilizados, são capazes de, coletivamente, transformar realidades transformando-se a si próprios.

Portanto, colocar a Humanização na pauta da saúde é retomar o movimento constituinte no campo da saúde. A PNH está baseada na dimensão dos direitos humanos, no processo contínuo de humanização do próprio homem. É um plano de trabalho democrático que exige um reposicionamento dos sujeitos na produção de uma saúde pública de qualidade.

3. 1 A relação entre Humanização e Comunicação

O processo comunicacional é um grande desafio no contexto da humanização. O debate sobre a PNH aborda vários aspectos e desafios do processo comunicacional na saúde, como as dimensões éticas do cuidado e a importância da comunicação e do diálogo para garantia dos direitos dos cidadãos (usuários). Nesta perspectiva, a comunicação não deve estar baseada no modelo informacional (emissor → receptor). Este cenário precisa de um modelo de comunicação mais amplo e democrático, onde as pessoas possam se expressar, ser ouvidas e levadas em consideração, construindo assim

a possibilidade de produzir entendimento, por meio do diálogo entre os sujeitos e coletivos.

Nesta perspectiva, o Mercado Simbólico proposto na teoria de Inesita Araújo (apresentado anteriormente) é um modelo de comunicação pensado para compreender os processos comunicacionais na realidade das políticas públicas, percebendo as relações de poder entre as comunidades discursivas neste contexto. Ele possibilita analisar a negociação de lugares de interlocução mais ao centro da rede social de sentidos visando à prática do poder simbólico.

Para compreendê-la, é necessário ter em vista que o estatuto do sujeito central ou periférico não é fixo: mesmo que se possa ser centro ou periferia, institucionalmente falando, discursivamente não se ocupa sempre a mesma posição. (...) Neste trabalho, entendo que mediação é a propriedade exercida pelo elemento que possibilita a conversão de uma realidade em outra. Os fatores de mediação, ao promoverem fluxo dos interlocutores entre os diversos lugares de interlocução, favorecem e mesmo determinam o equilíbrio das forças (Araújo, 2004, Pag. 07).

Para Deslandes (2005), a comunicação no contexto da humanização é a expansão da competência comunicativa, onde os diferentes atores possam se reconhecer e se implicar.

proposição de um modelo de produção de cuidados mais resolutivo, centrado em comunicação que articula a troca de informações e saberes, diálogo, escuta de expectativas/demandas e a partilha de decisões entre profissionais, gestores e usuários (Benevides & Passos, 2005; Deslandes, 2004; 2005). Pensar a comunicação traz implícita a tarefa de discutir politicamente os diferentes capitais e agentes envolvidos nesta proposta e os meios de comunicabilidade (comunhão e negociação de sentidos e interpretações) (Pag. 401).

A PNH está balizada no princípio da linguagem e da ação comunicativa, o que torna o processo comunicacional uma referência importante. Deslandes (2004), no título do texto “sem comunicação não há humanização” (MS, 2000a) resume o espaço que a comunicação ocupa na política de humanização. Desta forma, os usuários, profissionais e gestores deveriam ter mesma relevância nas trocas comunicativas no cotidiano das

instituições de saúde. No entanto, a proposta da política não problematiza as impossibilidades de comunicação e diálogo que, muitas vezes, são encontradas no dia-a-dia das práticas em saúde. Segundo a autora, as pessoas são capazes de construir entendimentos recíprocos porque são dotados de linguagem, mas “o jogo das interações sociais, as relações de saber-poder, de trabalho, de gênero e de *status* podem constituir fortes impeditivos para o diálogo.” (Deslandes, 2004, Pag. 403).

O sociólogo Pierre Bourdieu relata as desigualdades presentes nas trocas comunicativas, afirmando que a eficácia simbólica não se constrói entre falantes, mas se situa em um conjunto de fatores que as antecedem (capital simbólico acumulado). O poder da linguagem é questionável porque depende da posição social dos sujeitos. Nesta perspectiva, tornam-se nítidas as desigualdades no diálogo entre gestores, profissionais de saúde e usuários, já que há discursos considerados legítimos e autorizados e outros que são desqualificados.

No entanto, verificam-se outros tipos de relações sociais no cotidiano da saúde que por meio de certas estratégias, algumas da própria Política Nacional de Humanização, subvertem o processo de comunicação e o modelo de atenção hegemônico. Como disse Bourdieu, uma relação minimante simétrica, entre falantes que estão em condições de compartilhar a construção de significados/entendimentos, exige investimento em uma outra ordem de gestão, tanto do processo organizacional, quanto da gestão dos cuidados em saúde.

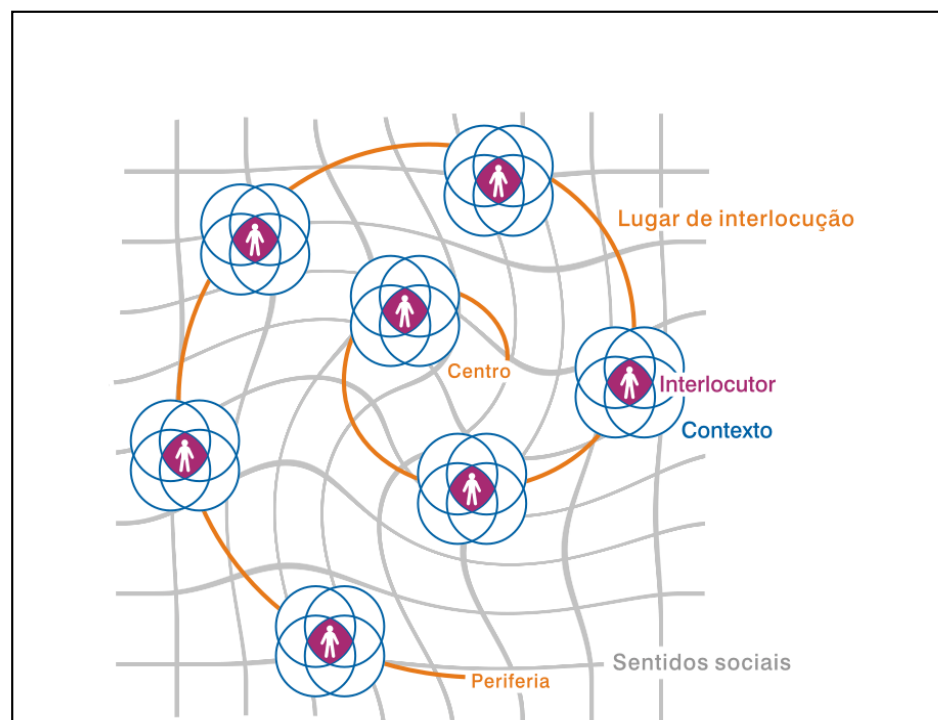
O processo de comunicação pode e deve funcionar como fomento para o diálogo entre os usuários e profissionais de saúde, e entre usuários e gestores; para modelos democráticos de gestão; e na ampla politização do estatuto de sujeito do usuário e do profissional. O ato de falar das dificuldades, das trocas entre os sujeitos nos serviços de

saúde e de problematizar as relações de poder que envolvem o trabalho, o cuidado e o sofrimento possibilitam a reorganização do modelo de atenção e gestão.

4 Metodologia de Pesquisa

Utilizaremos como referência metodológica o mapa do Mercado Simbólico ou mapa da Comunicação, que segundo Inesita Soares de Araújo (2006) é um método de pesquisa que “consiste no mapeamento de fluxos de comunicação sobre um determinado tema, para um segmento específico da população, dentro de determinados parâmetros geográficos ou institucionais”. Esta metodologia surge em 2002, juntamente com a tese de doutorado da autora, que propunha um modelo de comunicação para políticas públicas: o modelo do Mercado Simbólico.

Comunicação em rede – versão gráfica do mapa



Fonte: Araújo, (2002).

A representação gráfica deste modelo é o mapa que serve como matriz de análise dos fatores de mediação que possibilitam o trânsito dos interlocutores entre as posições de poder. Segundo Araújo, o mapa é uma rede formada pelo desenho das fontes (comunidades discursivas) e fluxos de comunicação sobre um determinado tema, em um território e com foco em um segmento.

O mapa procura identificar de onde emanam e que caminhos percorrem discursos sobre um tema, até chegarem a seu destinatário. Mas seu principal objetivo é produzir um conhecimento sobre que vozes e que discurso concorrem num mesmo território pelo poder de fazer ver e fazer crer (Bourdieu, 1989), permitindo visualizar de modo simplificado o que seria parte de uma rede de produção de sentidos (Pag. 4).

O mapa do Mercado Simbólico demonstra informações não reveladas pelo modelo de comunicação informacional porque procura identificar de onde vêm e que caminho percorrem as vozes e os discursos na concorrência pelo poder simbólico na rede social dos sentidos. “Ele permite que dados que normalmente não são evidentes (são ocultados pela força dos modelos dominantes), ou que não são considerados relevantes, apareçam com forças e se imponham à análise” (Araújo, 2006, Pag. 2).

Como o mapa é utilizado em pesquisas para identificar comunidades discursivas, este projeto de pesquisa pretende apreender a rede de sentidos circulantes dentro da Ouvidoria do HGNI e compreender a concorrência discursiva neste espaço institucional de participação social, mantendo o foco nos usuários do SUS. A questão inicial do mapa é: quem disputa com os usuários posições de poder discursivo dentro da Ouvidoria? Nesta perspectiva, o mapa será um método extremamente útil para compreender o papel da Ouvidoria como espaço de participação e controle social no SUS em instituições em processo de implantação da política de humanização.

Ao pensar na rede social dos sentidos, os discursos podem estar mais ao centro ou a periferia da rede. Assim, as comunidades discursivas e seus interlocutores travam uma luta

simbólica, uma disputa por posições de poder discursivo. Ao voltar o olhar para a realidade da Ouvidoria do HGNI, destaca-se uma hipótese sobre a rede social de sentidos circulantes neste território. Neste cotidiano, percebe-se a circulação de diferentes discursos como o institucional (gestor), o científico, o médico, o político, o político clientelista, o social, o comunitário, os de profissionais de saúde, funcionalismo público, meios de comunicação, etc. No entanto, a Ouvidoria do HGNI se apresenta como “um canal de comunicação entre a direção do HGNI e os usuários”. Nesta frase, verifica-se a presença do modelo de comunicação informacional, baseado na relação linear entre emissor (direção do HGNI) e receptor (usuários). Contudo, entende-se que este modelo, bipolar e linear, provavelmente não dá conta das comunidades discursivas presentes no cotidiano da Ouvidoria do HGNI.

Para entender melhor comunidades discursivas que circulam na ouvidoria, o mapa será aplicado em dois momentos. Primeiro, o pesquisador se reunirá com a equipe da Ouvidoria para buscar as vozes e discursos circulantes dentro deste setor. Em seguida, este grupo desenhará um primeiro mapa do mercado simbólico, que será reservado para análise futura. Posteriormente, ocorrerão encontros entre os usuários incluídos na pesquisa, equipe da Ouvidoria e pesquisador para elaboração de outro mapa da comunicação. Ao final do processo, os dois mapas serão apresentados e analisados por todos os participantes da pesquisa. Após a verificação dos mapas, poderemos confrontar as duas visões das comunidades discursivas presentes na Ouvidoria.

Como técnicas de pesquisa para construção do mapa do Mercado Simbólico pretende-se utilizar, além da pesquisa bibliográfica, a análise de documentos produzidos e relativos a ouvidoria e também entrevistas com a equipe do serviço de Ouvidoria do HGNI e com os usuários. Com a escolha destas técnicas de pesquisa pretende-se obter informações necessárias e pertinentes para a discussão do tema deste trabalho, a fim de trazer novas

contribuições para o campo da Comunicação e Saúde. Descrevemos a seguir os procedimentos previstos.

4.1 Procedimentos metodológicos:

As manifestações dos cidadãos realizadas na Ouvidoria do HGNI serão levantadas através dos registros no sistema OuvidorSUS, no período de um ano, de outubro de 2009 ao mesmo mês de 2010. Esta análise de documentos permitirá produzir estatísticas referentes aos números de atendimento e à classificação quanto ao seu tipo – reclamação, denúncia, elogio e informação. Como estratégia de pesquisa qualitativa, almeja-se mapear as áreas e tipos de problemas que levaram os usuários a registrar uma queixa na Ouvidoria.

Em seguida, o pesquisador realizará entrevistas semi-estruturadas com a ouvidora do HGNI, as duas técnicas assistentes deste serviço e com uma amostra dos usuários, que serão selecionados pelos registros do OuvidorSUS, no período a ser analisado por esta pesquisa. O entrevistador usará questionário previamente elaborado, mantendo espaço aberto para perguntas que surjam no momento da entrevista e para informações espontâneas fornecidas pelos entrevistados. Além de ser uma estratégia de coleta de informações para pesquisa de campo, a entrevista é diálogo - uma conversa entre duas pessoas – um processo de comunicação entre interlocutores, realizada a partir do interesse do pesquisador. Segundo (Minayo, 2010), a entrevista é “destinada a construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa, e abordagem pelo entrevistador, de temas igualmente pertinentes tendo em vista este objetivo” (Pag. 261).

Para embasamento teórico e metodológico das técnicas aplicadas, será utilizada pesquisa bibliográfica em base de dados online como SciELO, MEDLINE e LILACS. Através da Biblioteca Virtual em Saúde pretende-se obter material institucional do Ministério da Saúde sobre o sistema de ouvidorias do SUS e sobre a Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde. O referencial teórico e a bibliografia da especialização em

Comunicação e Saúde do ICICT / Fiocruz também serão utilizados para construção do referencial teórico da pesquisa.

Referências Bibliográficas

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA – ABRASCO. **Pelo Direito Universal à Saúde (Contribuição da ABRASCO para os debates da VIII Conferência Nacional de Saúde.** Rio de Janeiro. 1985.

ARAÚJO, I.S.; CARDOSO, J.M. **Comunicação e Saúde.** Rio de Janeiro. ED. Fiocruz, 2007.

ARAÚJO, IS. **Mercado simbólico: um modelo de comunicação para políticas públicas.** Interface set/2003; v.8(14): 165-178. Disponível em: <http://www.interface.org.br/>

ARAÚJO, IS. **O mapa da comunicação ou como deixar de olhar para o próprio umbigo e perceber a rede de sentidos da saúde.** Niterói. ICICT/ Fiocruz. 2006.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. **A humanização como dimensão pública das políticas de saúde.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v.10, n.3, 2005.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. **Humanização na Saúde: um novo modismo?** Interface - Comunic, Saúde, Educ, v.9, n.17, p.389-406, mar/ago 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da PNH. Política de Humanização. **Documento Base para gestores e trabalhadores do SUS.** Série B. Textos básicos de saúde. PHYSIS: Ver. Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa. Departamento de Ouvidoria Geral do SUS. **Ouvidoria do SUS – Juntos fazendo o SUS cada vez melhor.** Orientação para implantação de Ouvidoria em Saúde. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS - ParticipaSUS.** Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, 2009.

CRUVINEL, L. **Ouvidoria – uma experiência de promoção da qualidade de vida e cidadania.** (www.fef.unicamp.br/departamentos/deafa/qvaf/.../ambiente_cap2.pdf)

DESLANDES, S.; MITRE, R. M.; **Processo comunicativo e humanização em saúde.** Rev. Interface, 2009.

DESLANDES, S. **O projeto ético-político da humanização: conceitos, métodos e identidade**” e “**Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar**. Interface - Comunic, Saúde, Educ, v.9, n.17, p.389-406, mar/ago 2005.

FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade**. Curso no Collège de France (1975-1976). Editora Martins Fontes, São Paulo, 2005.

FOUCAULT, M. **Segurança, Território e População**. Curso dado no Collège de France (1977-1978). Editora Martins Fontes. São Paulo, 2008.

GUIZARDI, F. L. **Vozes da Participação: Espaços, Resistências e o Poder da Informação**. In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R. A. (org) **Construção Social da Demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. ABRASCO, 2ª Edição. Rio de Janeiro, 2010.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. Editora Hucitec, 12ª Edição. São Paulo, 2010.

OLIVIEIRA; V.C. **Mídia, Informação e Controle Público**. In: SANTOS, A. (org.) **Cadernos de Mídia e Saúde Pública, Comunicação em Saúde pela Paz**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2007; páginas 71 a 79.

OLIVEIRA VC. **Comunicação, informação e participação popular nos conselhos de saúde**. Rev.Saúde & Soc. mai/ago 2004; v.13 (2): 56-69.

PEREIRA LH. **A voz do usuário no sistema hospitalar: ouvidorias**. Sociologias Jun 2002; (7): 82-121.

TEIXEIRA, R.R. **Modelos comunicacionais e práticas de saúde**. Interface - Comunicação, Saúde e Educação, v.1, n.1, 1997.