



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

Noilma Passos Macedo

As mediações comunicacionais da gestão do SUS com a sociedade através do Conselho Municipal de Saúde e das mídias locais

Monografia apresentada 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: Profº Dr.Valdir de Castro Oliveira, Doutor

Rio de Janeiro, Fevereiro/2011

Dedicatória

Dedico este trabalho à minha família, meu alicerce, minha fonte de inspiração, meu alento.

Aos meus filhos Mayara, Felipe Augusto e João Pedro e ao meu neto Luiz Filipe, que sempre me apoiaram incondicionalmente mesmo não compreendendo a relevância deste trabalho, e aos meus pais que me incentivaram nos momentos de dúvida e indecisão.

Agradecimentos

À Deus pelo dom da Vida e por se fazer presente em todas as estações de minha existência.

Ao meu esposo Amauri pelo carinho, apoio, incentivo e extrema compreensão nos momentos em que precisei me ausentar por conta do curso.

À Prefeitura Municipal de Prata por permitir que eu fizesse o curso, pela confiança e credibilidade depositados em minha pessoa.

Ao meu Orientador Prof. Dr. Valdir de Castro Oliveira pela disponibilidade e pelo aprendizado proporcionado nos momentos de orientação.

Aos professores, coordenadores e equipe da Secretaria Acadêmica do Curso de Comunicação em Saúde. Agradeço de forma especial a Prof^a Janine Miranda e a Secretária Acadêmica Tônia Cenzi pela paciência e dedicação.

À turma de Comunicação e Saúde de 2010 pela convivência e respeito mesmo na divergência de idéias.

À Sociedade de São Vicente de Paulo – SSVP pelo apoio durante minha estadia no Rio de Janeiro.

Aos que me apoiaram e àqueles que de alguma forma ou que em algum momento contribuíram para a realização deste trabalho.

Epígrafe

“... a comunicação dentro de uma perspectiva dialógica e educativa, deve ser entendida e direcionada para criar condições de participação nas quais os participantes de um determinado processo comunicacional se transformem em sujeitos de argumentação e de opinião, para buscar esclarecimentos e propor ações e processos de sociabilidade baseados em princípios de cooperação e de compartilhamento de sentidos, ao contrário dos processos comunicacionais voltados para o exercício do poder de dominação, de manipulação e de coerção.”

(OLIVEIRA, 2004, p.61)

Resumo

Este trabalho objetiva analisar o processo de comunicação estabelecido pela Secretaria de Saúde da cidade de Prata, estado de Minas Gerais, para mediar e interagir com a sociedade local e os usuários dos serviços de saúde, através do Conselho Municipal de Saúde e das mídias locais com o pressuposto de que a comunicação é primordial para efetividade deste processo. Para isto, busca diagnosticar e avaliar os processos comunicacionais implantados pela Secretaria de Saúde para interagir com a sociedade local, enfatizando o estudo a partir da relação mantida pela Secretaria com o Conselho de Saúde, instância que representa a sociedade local e com as mídias locais, que fazem a mediação entre os serviços de saúde ofertados e os seus potenciais usuários. Tendo em vista a exigüidade do tempo para executar esta proposta, não propõe fazer uma análise exaustiva do tema, mas tão somente indicar potencialidades e lacunas ou falhas nos processos comunicacionais indicados e que, se corrigidos, podem trazer ganhos tanto para a população quanto para os serviços locais de saúde.

INDICE

I) Introdução.....	6
II) O SUS como paradigma da Saúde.....	11
III) Novas Formas de Pensar a Saúde.....	15
IV) Novos Processos Interativos.....	18
V) O SUS em Prata.....	27
VI) Metodologia.....	34
VII) Resultados.....	35
VIII) Conclusão.....	40
IX) Referências Bibliográficas.....	44

I) Introdução

Esta monografia é um Trabalho de Conclusão de Curso – TCC para obtenção do título de Especialista em Comunicação e Saúde pelo Instituto de Comunicação, Informação Científica e Tecnológica – ICICT/Fiocruz, onde o objeto estudado foi a interação da Secretaria de Saúde do município de Prata/MG com a sociedade a partir do Conselho de Saúde e das mídias locais. O trabalho propôs a análise, através de uma perspectiva diagnóstica, das práticas de comunicação na gestão do SUS, sob o ponto de vista do campo da comunicação e saúde.

A escolha da temática se deu a partir da crítica da importância atribuída à comunicação no processo de consolidação da democracia, assuntos amplamente discutidos no decorrer do Curso e recorrente na bibliografia estudada, especialmente o relatório do Seminário Nacional de Comunicação, Informação e Informática em Saúde realizado no ano de 2005 onde aponta como imprescindíveis ao avanço da democracia no Brasil, a participação, o direito à comunicação e o direito à informação.

Para contextualizar o trabalho é importante observar que os temas aqui tratados, comunicação e participação social estiveram presentes desde o momento de concepção do SUS, ou seja, quando foi proposta a criação de um sistema de saúde universal e de qualidade que, além de atender, dialogasse com as necessidades das pessoas e estas, como cidadãos, tivessem primazia e pudessem participar dos seus processos decisórios.

Assim a Constituição Federal de 1988 determinou que a garantia de saúde a toda população constitui um dever do Estado e, para tanto, criou o Sistema Único de

Saúde – SUS. Em 1990, o Congresso Nacional aprovou a Lei nº 8.080/90, detalhando o funcionamento desse Sistema que prevê a descentralização das ações e serviços de saúde provocando um reordenamento no modelo de gestão e determinando nova divisão de responsabilidades entre as três esferas de governo.

O princípio da descentralização, conforme a Lei nº 8.080/90 define que o SUS tenha direção única em cada esfera de governo com ênfase na execução dos serviços pelos Municípios, processo fortalecido com a publicação de normas operacionais básicas com orientações para gestores, no período de 1993 a 2002.

Depois de vinte e um anos de institucionalização do Sistema Único de Saúde que fez evoluir os processos de descentralização e municipalização das ações e serviços de saúde, ampliar o contato com a realidade social e as especificidades regionais, os desafios para a sua consolidação ainda se fazem presentes, especialmente no campo da gestão, para superar a fragmentação das políticas e programas de saúde através da organização de uma rede de ações e serviços.

Para atender a esta necessidade, em 2006 foi proposto o Pacto pela Saúde, promovendo a responsabilização solidária entre as três esferas de gestão do SUS, a partir de uma unidade de princípios que respeita as diferenças loco-regionais, agrega os pactos anteriormente propostos e fortalece os espaços e mecanismos de controle social. O Pacto pela Saúde, conforme definição da Portaria GM/MS nº 399/2006, envolve três componentes: o Pacto pela Vida, que representa o compromisso entre os gestores do SUS em torno das prioridades que impactam sobre a saúde da população, o Pacto em Defesa do SUS, no qual são expressos os compromissos entre os gestores com a consolidação da Reforma Sanitária Brasileira e o Pacto de Gestão que estabelece diretrizes para a gestão do sistema na

descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, programação pactuada e integrada – PPI, regulação, gestão do trabalho e educação na saúde e ainda a participação e controle social.

A Participação Social no SUS é um princípio doutrinário que está assegurado na Constituição e nas Leis Orgânicas da Saúde e é parte fundamental do Pacto em Defesa do SUS. De acordo com a literatura estudada, as formas de participação popular mais importantes do Sistema de Saúde brasileiro são os Conselhos e Conferências de Saúde por facilitarem a participação da sociedade, permitindo que ela interfira na gestão pública em defesa dos direitos dos cidadãos.

Ao longo destas duas décadas, o SUS avançou e representa uma conquista real da população, mas ainda não atende inúmeros problemas de saúde existentes no Brasil. Para que continue progredindo se faz necessário avançar na democratização e melhorar a qualidade da comunicação e da informação em saúde.

A democratização e a qualidade da comunicação e informação em saúde fazem parte da luta da sociedade brasileira em seu caminhar por um país cada vez mais equânime e que propicie, para todos, condições de vida e saúde dignas.

Nesses aspectos a relevância deste trabalho consiste em uma proposta de reflexão sobre as práticas de comunicação na gestão do SUS na perspectiva de pensar localmente desafios e possibilidades para práticas futuras que permitam avanços no sistema de saúde.

Embora a relação entre comunicação e saúde seja antiga, a formação do campo crescente da Comunicação & Saúde é reconhecidamente recente e tem entre suas estratégias de desenvolvimento o investimento em estudos pós-

graduados e realização de pesquisas diagnósticas para posterior desenvolvimento tecnológico como apontam Araújo e Cardoso (2007).

No Pacto de Gestão está definido que é responsabilidade do município a integralidade da atenção à saúde da sua população que deverá ser exercida de forma solidária com o estado e a União. Porém os principais responsáveis pela implementação e sustentabilidade das políticas públicas de saúde continuam sendo os municípios.

A Secretaria Municipal de Saúde de Prata é a instituição responsável pela consolidação do SUS nesta cidade mineira de aproximadamente 27 mil habitantes, localizada a 630 km de Belo Horizonte, devendo portanto, garantir a integralidade das ações de saúde à sua população, assumindo a responsabilidade pela coordenação e execução das atividades de informação, educação e comunicação no âmbito local.

Há dois anos atuo como Supervisora de Gestão da secretaria, tendo como uma de minhas responsabilidades o estabelecimento de relações comunicativas internas e com as demais instituições da rede de saúde, de modo a promover harmonização, integração e modernização do Sistema.

No entanto, não existe em Prata um setor formal de Comunicação na área de Saúde do município. Este foi o primeiro motivo que me fez chegar à escolha e problematização deste tema. Acredito ainda que minha monografia possa vir a ser uma contribuição ao estudo teórico que une comunicação, participação e gestão da saúde.

A gestão tripartite do SUS instituiu avanços, mas também impõe cotidianamente problemas e desafios ao Sistema. Assim, transformar a gestão do

SUS não constitui questão simplesmente técnica, mas requer mudanças nas práticas de saúde, nas atitudes dos profissionais envolvidos e principalmente no modelo de comunicação utilizado neste campo.

A monografia pretende ser um diagnóstico inicial em áreas julgadas importantes para o estudo dos fluxos de informação e processos de comunicação que sejam transversais aos campos da informação, comunicação, gestão e saúde. Partindo daqui, espero poder contribuir para alguma iniciativa futura de planejamento de comunicação para a área de saúde de Prata.

Assim sendo, o ponto central a ser investigado neste trabalho é: de que maneira a Secretaria de Saúde de Prata em Minas Gerais interage com a sociedade a partir do Conselho de Saúde e das mídias locais? Para responder a esta questão, foram estabelecidos os seguintes objetivos:

Objetivo Geral

Analisar as estratégias de comunicação dentro da gestão da saúde no município de Prata, buscando um diagnóstico que subsidie a elaboração de um planejamento da comunicação voltado para o seu público externo através do Conselho de Saúde e das mídias locais.

Objetivos Específicos

- a) Identificar as práticas comunicacionais entre a Secretaria e o Conselho Municipal de Saúde;
- b) Compreender como a Secretaria de Saúde interage com as mídias locais no município de Prata.

II) O SUS como paradigma da Saúde

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.
(BRASIL, 1988)

Em 05 de outubro de 1988, através da Constituição Federal, no seu Título VIII – da Ordem Social, Capítulo II – da Seguridade Social, Seção II – da Saúde, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) tornou-se realidade, concretizando a proposta dos sanitaristas de um sistema de saúde único, descentralizado e com garantias à participação da comunidade em seu controle. Materializou-se ainda, uma saúde entendida como resultado de políticas econômicas e sociais, com atendimento integral e incorporada como direito de todos e dever do Estado.

Como regulamentação do texto constitucional, foi elaborada a Lei nº 8.080 /90, chamada de “Lei Orgânica da Saúde”, dispondo sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde. O então presidente da república Fernando Collor impôs o veto à instituição dos Conselhos e das Conferências de Saúde que seriam contemplados nesta Lei, o que gerou uma intensa reação da sociedade civil organizada fazendo com que nesse mesmo ano fosse publicada a Lei nº 8.142, regulando a participação da comunidade no SUS através dos Conselhos e das Conferências de Saúde, definido a participação do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) no Conselho Nacional de Saúde (CNS) e ainda dispondo sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros.

As bases jurídicas do SUS são, portanto, a seção da saúde na Constituição Federal e as Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990.

A literatura sobre o tema aponta que o SUS vem sendo implantado como um processo social em permanente construção. Mostra que apesar de sua formalização ter se dado em 1988, esse sistema de saúde teve origem na segunda metade do século passado a partir da crise do modelo médico assistencial vigente que segundo o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (2009), tinha como principais características a extensão previdenciária, o privilégio da medicina curativa e individual em detrimento das ações coletivas, a criação de um complexo médico-industrial e o deslocamento da prestação dos serviços médicos ao setor privado.

As mudanças político-econômicas ocorridas entre os anos 70 e 80 e os processos de redemocratização pelos quais passava o país determinaram uma falência nesse padrão, estabelecendo novos nortes para as políticas públicas e fazendo aparecer novos atores sociais com propostas de modelos alternativos de atenção à saúde. “No que diz respeito à democratização do processo político, propôs-se a criação de espaços de participação política da população em todos os níveis de gestão, com primazia dos usuários no processo decisório.” (CAVALCANTI e GUIZARDI, 2010).

Foi nesse contexto que surgiu o movimento da Reforma Sanitária. Esse movimento integrava sanitaristas, trabalhadores da saúde, a sociedade organizada e outros grupos sociais voltados para construir um modelo de saúde mais universal, público e igualitário que culminou na 8ª Conferência Nacional de Saúde, de onde veio a sugestão do que seria o capítulo de saúde da Constituição, o Art. 196, onde

invoca o conceito de que saúde não é uma questão biológica, mas resultado de um processo político-econômico-social.

A instituição do SUS produziu resultados imediatos. O mais importante foi o fim da separação que havia no sistema público de saúde entre os incluídos e os não-incluídos economicamente com a implantação do princípio da universalidade, que pôs fim à figura iníqua dos indigentes sanitários (não-previdenciários), promovendo a integração do Inamps ao sistema público de saúde. Dessa forma, o SUS rompeu com a trajetória de formação do Estado brasileiro assentada na centralização e com a concepção de cidadania que vinculava os direitos sociais à inserção no mercado de trabalho. (CONASS, 2009, p.21)

A bibliografia estudada mostra que o Sistema Único de Saúde é um grande projeto público de inclusão social, um dos maiores que se tem conhecimento, porém, um projeto inacabado no qual persistem muitos problemas a serem enfrentados e resolvidos para aperfeiçoá-lo até que se torne um sistema universal capaz de prestar serviços de qualidade a toda população brasileira. É preciso esclarecer quais são as portas de entrada do Sistema de Saúde, as responsabilidades dos usuários com sua própria saúde, entre outras necessidades.

Percebemos que ao longo da construção desse sistema público de saúde, muito se falou pelas classes populares, mas não percebemos a presença delas nessa trajetória em termos amplos. Mas a idéia de controle social que foi vetada em parte pelo governo Collor e recuperada com a Lei nº 8.142/90, representou um grande avanço para tornar a sociedade presente e participativa na constituição e funcionamento do SUS como uma diretriz que permeia todas as outras.

Como princípio organizativo do SUS, a participação recomenda que a sociedade seja ativa, preferencialmente através dos conselhos organizativos em vários níveis, no planejamento, na implantação, e na fiscalização das políticas públicas de saúde. Os conselhos de saúde têm caráter deliberativo e contam com a participação de representantes de gestores, usuários e trabalhadores da saúde (50% de representantes de usuários e 50% de representantes de gestores, profissionais da saúde e do setor privado). Conselhos e conferências, que também se realizam nas três esferas do governo, são instâncias previstas na legislação e espaços permanentes de participação da sociedade nas políticas e ações de saúde. (ARAÚJO e CARDOSO, 2007, p.80)

Reconhecendo a Participação Social no SUS como um princípio doutrinário assegurado na Constituição, nas Leis Orgânicas da Saúde e no Pacto em Defesa do SUS e entendendo que a participação também se dá além dos conselhos e conferências, ela pode e deve se revelar de outras formas, pois o cidadão, que representa um ator de peso nesse cenário, deve ser mais ativo passando de platéia a protagonista do embate. Desta forma, fica evidente que o cidadão deve ter além da garantia de acesso aos serviços de saúde, a segurança de obter informações de conteúdo e de acordo com suas necessidades, de forma que propicie uma participação mais igualitária no processo comunicativo.

De acordo com as autoras Araújo e Cardoso (2007), se na relação da comunicação com a participação nenhuma das duas áreas é subconjunto lógico da outra, provavelmente a participação não se dá de forma concreta. O direito à participação precisa ser mais disseminado e incentivado, principalmente entre a população menos favorecida para que ela possa também participar e contribuir para a construção de um sistema de saúde mais sólido.

Apesar dos desafios que se colocam nos conselhos por uma comunicação que possibilite uma participação mais igualitária, o maior desafio comunicacional continua presente no habitual da saúde e no dia-a-dia dos trabalhadores e usuários dos serviços. É urgente que todas as vozes, autorizadas ou não, falem de participação, controle social, direito à saúde e falem do próprio SUS, dialogando sobre esses temas. Assim, certamente todos serão beneficiados com um sistema de saúde mais equânime, universal e principalmente mais humanizado.

III) **Novas formas de pensar a Saúde**

O Sistema Único de Saúde, por definição constitucional, é um sistema público de saúde de caráter universal, baseado no conceito de saúde como direito de cidadania e para muitos estudiosos do assunto é o projeto capaz de mudar as condições de saúde da população.

Na política de saúde adotada pelo governo brasileiro o primeiro nível de atenção dentro do sistema deve ser também o nível responsável por reorientar o cuidado com a saúde em conformidade com os princípios do SUS.

Sendo assim, a Estratégia de Saúde da Família – ESF foi adotada pelo Ministério da Saúde, com a intenção de reorganizar a Atenção Básica no País, fundamentalmente apoiada nos princípios assistenciais e organizativos do Sistema Único de Saúde, à luz da universalidade, integralidade, equidade, descentralização e controle social.

Como ESF, a Atenção Básica foi se fortalecendo e se configurando em uma nova forma de pensar a saúde.

A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável.
(BRASIL, 2006, p.10)

A idéia de Atenção Básica está relacionada à medicina preventiva, baseada na abordagem integral e próxima do ambiente sociocultural do sujeito. Pode-se afirmar que é “a atenção que se faz em primeiro lugar e que se faz mais próxima do cotidiano dos indivíduos e das famílias” (FAUSTO e MATTA, 2007, p.45). Está fundamentada entre outros, no estímulo à participação popular e no controle social.

A Atenção Básica tem sido amplamente divulgada e difundida em vários países. De acordo com registros dos autores Fausto e Matta (2007), esse modelo de atenção à saúde se disseminou em muitos países, com grande repercussão nas nações mais pobres onde costuma ser adotado como estratégia para fortalecer as políticas de desenvolvimento econômico e social.

A Organização Mundial de Saúde – OMS se coloca como uma das principais difusoras desta proposta, tendo sido inclusive, responsável pela organização da I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde.

Essa conferência, realizada em Alma-Ata no Cazaquistão no ano de 1978, teve como resultado a definição de cuidados primários no âmbito da saúde.

DEFINIÇÃO DE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE NA CONFERÊNCIA DE ALMA-ATA (Unicef, 1979:1):

Cuidados essenciais baseados em métodos práticos, cientificamente bem fundamentados e socialmente aceitáveis e em tecnologia de acesso universal para indivíduos e suas famílias na comunidade e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, dentro do espírito de autoconfiança e autodeterminação. Os cuidados primários são parte integrante do sistema de saúde do país, de que são ponto central e o foco principal, como do desenvolvimento socioeconômico geral da comunidade. Além de serem o primeiro nível de contato de indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, aproximando ao máximo possível os serviços de saúde nos lugares onde o povo vive e trabalha, constituem também o primeiro elemento de um contínuo processo de atendimento em saúde.

(FAUSTO e MATTA *apud* UNICEF, 1979, p.1)

Além do conceito de Atenção Primária à Saúde – APS o relatório final da Conferência de Alma-Ata esboça as ações mínimas indispensáveis ao desenvolvimento da APS, o que na política de saúde brasileira é dividido em quatro elementos – primeiro contato, continuidade, integralidade e coordenação – que devem balizar a organização desse nível de atenção à saúde.

A ampliação da compreensão a respeito da APS e das propostas de promoção e prevenção com envolvimento específico do Estado e de profissionais de

saúde, representa um progresso na APS. Contudo, visto que a saúde é resultado de ações combinadas de diversos atores, devem fazer parte da estratégia central o autocuidado e os cuidados agenciados pelas famílias, comunidades, grupos e organizações que de alguma forma promovam a saúde.

Apesar da força crescente da APS na política de saúde brasileira, especialmente na reordenação do modelo de assistência no SUS e considerando as conquistas e avanços desse sistema, que devem ser enaltecidos, é preciso fazer uma reflexão e tentar identificar quais são suas perspectivas para o futuro. Afinal, como podemos pensar a saúde de forma a contribuir para que o SUS continue avançando?

Entre as questões estruturais e estratégicas que se colocam para o Sistema Único de Saúde como a gestão, o financiamento, a comunicação, os recursos humanos, a participação da comunidade, elegemos aqui a comunicação por perpassar todos esses e também outros temas não pontuados aqui e por estar diretamente ligada ao objeto de estudo dessa monografia: Mediações comunicacionais na gestão da saúde.

Com esse novo modelo de saúde, com a necessidade de criação de novos espaços de interação em questões de saúde faz-se necessário refletir e reinventar formas de produzir e fazer circular as informações, pois ter saúde é ter informação e cidadania.

IV) Novos processos interativos

A nova forma de gestão pública tem como característica a flexibilidade, que traz a idéia da necessidade de reforço quanto às possibilidades de tomada de decisões de forma descentralizada. Isso requer uma ampliação nos espaços de criatividade, maior envolvimento de todos os protagonistas (gestores, usuários, instituições, empresas, profissionais, trabalhadores, estado e sociedade) e mais ousadia na busca de soluções pressupondo interferências mais democráticas e abertas.

A VIII Conferência Nacional de Saúde – CNS representou o marco “da afirmação da saúde como um direito de cidadania” (ARAÚJO e CARDOSO, 2007, p.26) e do direito à educação, informação e comunicação, como intrínsecos ao direito à saúde. As mesmas autoras afirmam que o princípio da universalidade que correspondente ao conceito fundador do SUS, saúde como direito de todos, tem como seu correspondente na comunicação, a comunicação como direito de todos. Como pensar essa prática?

As conferências de saúde que sucederam a VIII CNS passaram a trazer em suas discussões os temas comunicação, informação e educação relacionando-os à democratização do Estado, na perspectiva de ampliar a participação social, ou seja, uma proposta de comunicação dirigida a cidadãos, ligada à noção de direito e com a participação de pessoas na construção dessa possibilidade.

Segundo consta nos registros históricos, a relação entre comunicação e políticas públicas de saúde constituiu-se de forma mais explícita a partir da criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) em 1.923, onde a educação

em saúde era uma estratégia utilizada para promover mudança de hábito entre os indivíduos para fazer face às questões de saúde. Acreditava-se que educação e comunicação poderiam garantir o sucesso das políticas públicas em saúde.

As etapas seguintes, que consolidaram o papel da educação e da comunicação na saúde, passaram pela criação do Serviço Nacional de Educação Sanitária - SNES que visava informar sobre as doenças e os meios de prevenção através de materiais educativos e pelo Serviço Especial de Saúde Pública - SESP, criado pelo governo brasileiro em parceria com o governo norte-americano que décadas depois foi absorvido pela Fundação Nacional de Saúde - FUNASA. Esta, por sua vez, era produtora e disseminadora de materiais educativos impressos.

Desde então a comunicação nas suas mais diversas concepções se fez presença no cenário das políticas de saúde e permanece até os dias atuais “atravessada pelo discurso do direito à informação e à comunicação como indissociável do direito à saúde” (ARAÚJO e CARDOSO, 2007, p.25).

A comunicação tem, portanto, um lugar muito precioso no cenário da saúde. Em razão disso o conceito ampliado de saúde, para o qual o SUS volta todas as atenções, exige um alargamento nos canais de informação para que os participantes do controle social, ou seja, para que os cidadãos possam transformar a informação em um ato político. Em outras palavras, se o novo modelo representado pelo SUS, implica a descentralização da gestão, uma nova concepção de saúde e a participação da sociedade, isso pressupõe a presença de novas vozes e sentidos, o que por sua vez envolverá questões de comunicação e informação (OLIVEIRA, 2010).

Pudemos constatar que historicamente a comunicação e a informação no campo da saúde sempre foram utilizadas de forma persuasiva, conforme afirma Oliveira (2010), um modelo de comunicação que caminha em direção contrária aos princípios do SUS.

Entendemos que se ocorreu a inversão do modelo vertical e prescritivo de saúde por um novo modelo que preconiza a participação, a horizontalidade dos processos e a inclusão de novos protagonistas, estamos diante da inversão de todo o arcabouço conceitual e prático do campo da saúde, o que vai exigir e está exigindo também a inversão dos modelos de comunicação utilizados.
(OLIVEIRA, 2010, p.15)

Antes de prosseguirmos, colocamos aqui algumas considerações sobre comunicação e informação. Tanto a comunicação quanto a informação assumiram papel instrumental na história da saúde. Embora recebam por inúmeras vezes a mesma definição, Oliveira coloca que a natureza da informação é a redução das incertezas dos sujeitos sociais, pela exclusão em contraste com a comunicação que se apresenta como um processo voltado para a inclusão, ou seja, a comunicação é uma das condições de participação onde os compartes sejam “sujeitos de argumentação e de opinião ou buscando esclarecimentos, propondo ações e processos de sociabilidade baseados nos princípios de cooperação e compartilhamento de sentidos.” (OLIVEIRA, 2010, p. 23)

A comunicação tanto pode ser entendida a partir da origem da palavra que vem do latim *comunicare* que quer dizer *comunhão, estar com, partilhar de alguma coisa*, quanto na perspectiva de informar (OLIVEIRA, 2000).

A informação para Oliveira está ligada à idéia de transmissão de um emissor ativo para um receptor passivo, ligado à idéia de transmissão vertical de informação, onde o emissor seleciona e emite as mensagens para que o receptor apenas interprete e adote as idéias, de forma passiva. “Segundo o educador Paulo Freire,

esta modalidade comunicacional e educacional pode ser chamada de invasão cultural cujo resultado é o de promover a domesticação e não a educação das pessoas” (OLIVEIRA, 2000, p.66) ao contrário da comunicação que pressupõe interação.

Com isso, entendemos que embora comunicação e informação sejam diferentes, comunicação como processo e informação como conteúdo, é inegável a importância da informação no processo comunicacional, uma vez que a informação aumenta a probabilidade de conhecimento das pessoas e conseqüentemente, a possibilidade de tomar uma decisão com maior nível de consciência.

Romper com os modelos de comunicação cujas origens são baseadas no modelo transferencial de informações e que estão fortemente arraigados no universo da saúde não constitui uma tarefa fácil. Embora a comunicação e o direito à informação sejam temas recorrentes nas Conferências Nacionais de Saúde como garantia de participação e controle social, tratam-se de conceitos que ainda precisam ser melhor problematizados, estudados e avaliados no campo da saúde, como sugere Valdir de Castro Oliveira (2006).

Para tanto, é preciso pensar em um conceito de comunicação capaz de superar a perspectiva positivista¹ de comunicação como simples transmissão de informações. É indispensável entender a comunicação a partir de uma perspectiva dialógica, que incorpora a troca, a alteridade e a reciprocidade entre diferentes

¹ Segundo Araújo e Cardoso (2007), os modelos de comunicação se encaixam em um de dois paradigmas das ciências sociais. Pode ser no modelo conflitual, que acredita que a sociedade é movida pela luta por diferentes interesses e no positivista, onde a crença é de que a sociedade se move pelo consenso.

atores sociais. Pensar a comunicação significa dizer, portanto, que a interlocução pública não se resume à transmissão de informações a partir de vozes institucionais e autorizadas, mas incorpora uma polissemia de vozes que emanam de diversos lugares da sociedade.

Retomando a concepção ampliada de saúde presente no texto da constituição, somos levados a considerar o direito que cada pessoa tem de se informar, de dar informações e ser considerado. Uma garantia que vem sendo reafirmada a cada ano nas Conferências de Saúde que ao lado dos Conselhos de Saúde, representam os principais espaços de controle social e participação no campo da saúde.

Em seu artigo 1º, a Lei nº 8.142 estabelece que o Sistema Único de Saúde de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas: o Conselho de Saúde e a Conferência de Saúde.

O Conselho de Saúde é órgão colegiado, tem caráter permanente e deliberativo e atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. Suas decisões são homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo.

O número de conselheiros que compõem os Conselhos de Saúde é indicado pelos Plenários dos Conselhos e Conferências de Saúde, devendo ser definidos em Lei e mantendo ainda o proposto na Resolução nº 33/92 do Conselho Nacional de Saúde quanto à distribuição das vagas: 50% de entidades de usuários, 25% de

trabalhadores de saúde e 25% de representação de governo e de prestadores de serviços privados, conveniados, ou sem fins lucrativos.

A instituição dos conselhos como espaço deliberativo que garante a participação de representantes da sociedade na gestão do sistema de saúde, inclui novos atores na condução dos rumos da saúde no país.

A participação da comunidade é 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 nos diferentes níveis de governo.

(NORONHA, LIMA e MACHADO, 2008, p.440)

Entretanto, como aponta Oliveira, inúmeros obstáculos têm transformado os conselhos, por muitas vezes, em instâncias homologatórias de decisões arbitrárias de gestores. Apesar disso, mesmo que essa representação esteja aquém do ideal, a existência dos conselhos significa um avanço extraordinário em relação à participação popular e ao controle social, mostra que as autoridades e as instituições públicas estão obrigadas a prestar contas de seus atos perante outros atores sociais para que as arestas do SUS sejam aparadas e ele possa crescer participativamente.

“O controle social pressupõe uma sociedade democrática e uma igualdade mínima em termos cognitivos e simbólicos entre os atores sociais, que no caso do Brasil, tais condições ainda não estão dadas” (OLIVEIRA, 2006, p. 36). Essa situação pode ser claramente percebida no exemplo dado pelo autor, em que se tratando da discussão e aprovação do Plano Municipal de Saúde, definição de prioridades na saúde pública ou apreciação de balanços financeiros, geralmente se dá com pouca ou nenhuma participação do conselho. Em contrapartida, a questão do varejo na saúde (reclamações de médicos, atrasos, omissão de técnicos, entre outras coisas) se avoluma nesta arena social como parte de suas pautas em

detrimento das questões anteriores. Isso mostra que nem sempre o conselho atua na perspectiva política dele esperada, embora o varejo faça parte da percepção legítima sobre o funcionamento de um sistema de saúde público.

Isto nos leva a crer que o exercício do controle social nos conselhos só pode acontecer mediante o entendimento de que o espaço dos conselhos constitui-se num lugar de construção de cidadania com possibilidade de uma comunicação dialógica onde prevaleça a idéia de que não pode haver democracia com pessoas em desigualdade extrema de condições (assimetrias sociais e simbólicas) cujo contexto vai seguir na direção de uma comunicação vertical, ou seja, de quem pode mais, neste caso, o gestor. Por isso é que repensar a comunicação é deixar de entendê-la pelo viés de recepção e decodificação de informações ou orientações unilaterais sobre como agir para ter saúde. Ao contrário, a comunicação deve ser aquela que inclui e que torna possível a participação das pessoas em um contexto de igualdade e diferenciação. Araújo e Cardoso apontam que “a relação da comunicação com a diretriz da participação é ontológica” e afirmam que dificilmente pode-se chegar a uma participação efetiva sem comunicação universal, equânime, descentralizada e hierarquizada.

Depois que a VIII Conferência Nacional de Saúde, reconheceu a comunicação junto com a informação como inerentes ao direito à saúde, esses temas pautaram todas as conferências seguintes, começando pela IX CNS, onde a comunicação começou a ser discutida na perspectiva de aumentar a participação social. Na X CNS, foram estabelecidos prazos para que se criasse uma política nacional de comunicação, informação e educação em saúde. A XI, fez avançar os temas colocados nas conferências anteriores, reforçando o controle social. Foi

também nessa conferência que começou a se discutir qualidade e humanização da atenção na saúde. A XII CNS trouxe também a comunicação e a informação em sua pauta e reforçou as indicações da conferência anterior.

Essa presença constante da comunicação como eixo temático das Conferências Nacionais de Saúde traduz a sua importância na produção dos sentidos de saúde e na construção da democracia.

Buscando entender as mediações comunicacionais da gestão da saúde à luz das propostas das Conferências Nacionais de Saúde procuramos relacionar alguns aspectos da comunicação que podem melhorar o entendimento sobre o processo. Partimos da concepção de que “a sociedade ou vida em grupo é um conjunto de comportamentos cooperativos por parte dos membros da sociedade onde as pessoas apreendem a *intenção* da outra” (OLIVEIRA, 2011, p.3). Sendo assim, o significado dos signos deve ser compartilhado por todos os membros da sociedade.

Para Oliveira (2011) as conversações, a linguagem, os símbolos e signos adquirem centralidade na comunicação com dimensões expressivas aferindo visibilidade e compreensão às situações, objetos e estado das coisas quando os sujeitos da dinâmica comunicacional e comunitária compartilham e interagem entre si fazendo com que o dizer ou querer dizer, que o autor chamou de “individualização das intenções de comunicação” e o dizer aquilo que é relevante ou problema para os interlocutores, chamado pelo autor de “determinação dos conteúdos da comunicação” surgem de uma obra conjunta fazendo com que as conversações sejam mediadas pelo tempo e pelas operações, símbolos, conceitos e significações públicas.

Entre as formas de expressão utilizadas nas práticas comunicativas da sociedade, a linguagem por ser portadora de racionalidade, representa uma das mais importantes, tendo um papel fundamental como instância argumentativa quando se busca afirmar ou reafirmar pretensões de verdade.

Partindo do pressuposto de que a linguagem é dinâmica e do entendimento de que os processos comunicativos estão ligados às ações coletivas e comunitárias, a linguagem não pode ser vista como simples instrumento de mediação, mas entendida como “propriedade comunicacional exercida pelo elemento que possibilita a conversão de uma realidade em outra” (OLIVEIRA, 2011, p.9 *apud* ARAÚJO, 2000).

Nesse contexto, entendemos que a mediação da comunicação, seja ela individual, grupal ou institucional, pode ser feita por diferentes formas de conversação, símbolos, signos ou outra forma particular de mediação, como coloca Oliveira (2011), tornando possível que uma realidade seja transformada ou convertida em outra realidade.

Quanto à questão da comunicação midiática, Valdir de Castro Oliveira traz uma reflexão a partir das diferenciações acerca das mídias locais e outras mídias, o que nos interessa, sobretudo, pela realidade estudada que é o município de Prata. Para esse autor, as mídias locais representam um espaço em que circula a difusão, a construção e a apropriação das mensagens de um sujeito que conta e participa das histórias e objeto enquanto fonte de conhecimento no contexto local. (OLIVEIRA, 2011 *apud* REZENDE, 2006).

Nesse contexto, as mídias locais mostram um “outro olhar” sobre os acontecimentos locais, retratando outras formas de expressão muitas vezes

invisíveis às mídias nacionais ou regionais. Infelizmente, os poucos estudos sobre a potencialidade dessas mídias constituem uma lacuna nos estudos da comunicação. Não obstante tal lacuna, buscaremos neste trabalho, tentar avaliar a relação da Secretaria de Saúde de Prata com as mídias locais para avaliar o papel que elas têm ou poderiam ter no sistema de saúde local.

V) O SUS em Prata

O município de Prata está localizado no Triângulo Mineiro, margeado pelas rodovias BR 153 e MGT 497, a uma distância de 630 km da capital, Belo Horizonte. A economia é predominantemente conferida pela pecuária bovina. Há também atividades relacionadas à agricultura (cana de açúcar, laranja, soja, abacaxi), indústria (laticínio, alimentícia, química, madeira para fabricação de lápis – Faber Castell, transformação), silvicultura (pinus, eucalipto, seringueira).

O município tem uma população estimada de 26.857 habitantes (IBGE, 2010) residindo aproximadamente 27% na área rural.

A população conta com 20 estabelecimentos de saúde, sendo 11 deles públicos, 1 filantrópico e 8 privados. Os estabelecimentos públicos estão divididos em 8 Centros de Saúde, sendo 3 deles, Unidades de Estratégia Saúde da Família, 1 Unidade de apoio e 4 Unidades Básicas de Saúde rurais, 1 Clínica Especializada em Odontologia, 1 Policlínica e 1 Pronto Atendimento. O único Hospital existente é privado e disponibiliza 25 dos 33 leitos ao SUS.

A Prefeitura da cidade aplica uma parte razoável do orçamento na saúde, cerca de 27% e 65% deste valor é gasto no atendimento à urgência e emergência,

mostrando uma inversão nos gastos, onde o desejável seria a aplicação desse percentual na Atenção Básica, investindo na promoção da saúde.

Além disso, percebe-se certa insatisfação por parte da população quanto ao tempo de espera pelo atendimento médico no pronto socorro onde costumava se fazer uma triagem ainda que não intencionalmente, seguindo a lógica da exclusão. Por isso, os esforços estão voltados para a mudança no modelo de saúde, o que implica uma mudança de cultura da população, acostumada a utilizar o Pronto Atendimento como porta de entrada do sistema de saúde.

Diante da expectativa de acesso rápido, a não disposição de recursos humanos, estrutura física nem financeira para atendimento de tal demanda, a regulação desse atendimento tornou-se necessária como instrumento de ordenação e orientação da assistência através da implantação do acolhimento com classificação de risco.

No entanto, a adoção destas normas tão necessárias para nortear a rotina do serviço é ameaçada pela não aprovação dos usuários dos serviços de saúde, que no caso de Prata, representa cem por cento da população da cidade que necessita de serviços médicos de urgência e emergência já que estamos tratando do único pronto socorro existente no município.

A Estratégia de Saúde da Família conta com 3 equipes que atendem 3.163 (três mil, cento e sessenta e três) famílias e cerca de 10.500 (dez mil e quinhentas) pessoas, aproximadamente 37% da população da área urbana. Todas as unidades de ESF estão localizadas em região de fácil acesso e lotadas em prédios próprios.

As áreas cobertas por ESF possibilitam um diagnóstico de saúde mais próximo da realidade como revelam os dados.

O PSF I é uma importante área do ponto vista sócio-econômico, pois abrange parte da região central da cidade estendendo-se para a região periférica. Apresenta em sua área de alcance o segundo bairro mais perigoso do município, tanto em relação ao índice de criminalidade quanto a problemas sociais, como existência de fossas sépticas nas residências, uso abusivo de álcool e outras drogas pela população, gravidez indesejada e outros.

O ESF II está localizado em importante área da cidade, a qual apresentou melhorias sob aspecto social e de educação em saúde. A população está se conscientizando da importância da participação popular nas ações de saúde e começando a compartilhar as responsabilidades, mudanças que foram observadas após a implantação da Estratégia de Saúde da Família. Uma das grandes dificuldades desta área é trabalhar com os extremos do poder aquisitivo, ou seja, áreas de abrangência com população muito pobre e outras com alto poder aquisitivo.

A terceira unidade de ESF está localizada em área nova da cidade, com população jovem de melhor escolaridade e nível social. Apenas três, dos bairros que assiste, têm como moradores predominantes uma população de perfil diferenciado, jovens de baixo poder aquisitivo e menor escolaridade.

Além dessas unidades de saúde, fazem parte da estrutura da SMS a Vigilância em Saúde que engloba os serviços de Vigilância Sanitária, Vigilância Ambiental e Vigilância Epidemiológica onde estão incluídos os serviços de imunização e o Centro de Controle de Zoonozes.

Apesar da incipiência da rede de atenção básica o município tem apresentado boa cobertura vacinal alcançando as metas preconizadas pelo

Ministério da Saúde e cumprindo a pactuação com o SUS e tem conseguido êxito nas campanhas de mobilização social.

A participação comunitária em saúde se dá na maioria das vezes, como a relação dos serviços de saúde com os usuários para tratar da agenda mais conveniente para ambos ou também para somar esforços perante o desafio de atingir metas de cobertura de vacina ou controle de vetores domiciliares.

O Conselho Municipal de Saúde, conforme estabelecido pelo artigo 1º da Lei nº 8.142 de 1990, é composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários que no município é regulamentada pela Lei Municipal nº 1.528/1993, Capítulo II, Seção I, no seu Artigo 3º com a seguinte composição:

I – DO GOVERNO MUNICIPAL:

- a) 01 representante do Departamento Municipal da Saúde;
- b) 01 representante do Departamento Municipal de finanças;
- c) 01 representante do Departamento de Assistência Social;
- d) 01 representante do Departamento Municipal de Educação e Cultura.

II – DOS PRESTADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICOS E PRIVADOS;

- a) 01 representante do Hospital Nossa Senhora do Carmo.

III – DOS TRABALHADORES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE;

- a) 01 representante dos trabalhadores na área de saúde.

IV – DOS USUÁRIOS;

- a) 01 representante das entidades ou associações Comunitárias;
- b) 01 representante do Sindicato dos Produtores Rurais;

c) 01 representante do Sindicato dos Trabalhadores Rurais;

d) 01 representante do Sindicato dos Trabalhadores na Indústria de Construção Mobiliário;

e) 01 representante dos Clubes de Serviços e Entidades Filantrópicas do Município;

f) 01 representante da APAE do Município;

Essa legislação foi modificada pela Lei nº 2.024/2003 alterando os incisos I e III do Artigo 3º que passaram a ser:

I – DO GOVERNO MUNICIPAL:

a) 01 representante do Departamento Municipal de Saúde;

b) 01 representante do Departamento de Assistência Social.

II – DOS TRABALHADORES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE:

a) 03 representantes dos trabalhadores da área de saúde.

Embora o Conselho ainda funcione mais como instância homologatória da Secretaria de Saúde, percebemos alguns avanços no fato de não haver interferência do poder executivo no controle social e nos esforços da Secretaria de Saúde no sentido de incentivar a participação do Conselho de Saúde na definição e condução de toda política de saúde municipal, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros.

Uma vez habilitado na condição de Gestão Plena em Atenção Básica, o município de Prata tem como desafio lidar com formas de participação e expressão diferenciadas e promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS junto à população.

Para mediar essa relação deve haver disponibilidade de informações e possibilidade de manifestação e expressão por parte da população, devendo a gestão da saúde valer-se da mídia local. Estamos nos referindo aqui aos recursos midiáticos disponíveis que se resumem a dois jornais impressos, uma rádio comunitária, carro de som, faixas, banners, um site da prefeitura, um blog da saúde, e-mail e panfletos.

As práticas mais comuns nas campanhas de mobilização social, como o caso da mobilização para o combate à Dengue e campanhas vacinais, na maioria das vezes são o carro de som percorrendo todos os bairros da cidade em baixíssima velocidade e os panfletos distribuídos nos domicílios pelos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Endemias. As faixas são utilizadas nas campanhas de vacina e algumas vezes em eventos de mobilização. Os banners são usados em eventos pontuais dentro das unidades de saúde. A rádio Comunitária local que é de grande audiência e representa o único serviço radiofônico do município raramente traz em sua programação temas de saúde local e costuma divulgar algumas campanhas de vacina e mobilização que veiculam na mídia nacional. Dos dois jornais impressos que circulam, um deles, "O Pratense" raramente traz notícias locais de saúde e o "Jornal de Negócios" de tiragem semanal, divulga na coluna "Curtinhas e Rapidinhas", notas sobre a saúde local escritas pelo secretário de saúde. A Secretaria de Saúde mantém também um blog que é atualizado diariamente pelo próprio gestor ou por servidor de sua confiança, sem formação na área de comunicação. O e-mail é utilizado como meio de comunicação com o Conselho de Saúde e o site oficial da Prefeitura que tem sua utilização ainda incipiente pela Secretaria de Saúde. As retransmissoras de TV regionais, apesar de se constituírem

em um veículo de grande credibilidade para a população, raríssimas vezes trazem notícias locais.

Percebe-se que este modelo de comunicação mantém as características do modelo campanhista utilizado desde o início do século XX com forte acento no indivíduo, privilegiando as falas institucionais, com forte discurso preventivista, pensada como transferência de informações de um pólo detentor de conhecimentos para um pólo receptor.

VI) Metodologia

A metodologia utilizada para esta pesquisa, além de pesquisa bibliográfica, foi a realização de entrevistas direcionadas com coordenadores de áreas da Secretaria de Saúde julgadas importantes para estudo das carências informacionais e comunicacionais e com membros do Conselho Municipal de Saúde. A opção pelo instrumento de coleta de dados se deu por acreditar que, através das entrevistas, seria possível obter as informações necessárias uma vez que a inexistência de um setor formal responsável pela comunicação impossibilitou a análise de documentos e outras formas de registros pertinentes ao campo da comunicação no âmbito da secretaria de saúde.

A escolha do Conselho de Saúde e dos meios de comunicação locais foi em razão do primeiro, representar a sociedade local e o segundo, por fazer a mediação entre os serviços de saúde ofertados e os seus potenciais usuários.

Para a seleção dos participantes foi utilizada a listagem atualizada dos servidores, o organograma da Secretaria de Saúde e as fichas de identificação dos conselheiros de saúde. Foram selecionados na Secretaria de Saúde o Secretário, componentes do núcleo de gestão, coordenadores de unidades de Estratégia de Saúde da Família – ESFs, de Epidemiologia, do Núcleo de Mobilização Social em Saúde e do Centro de controle de Zoonozes e no Conselho, representantes dos trabalhadores da saúde, dos prestadores e dos usuários dos serviços de saúde.

Os critérios de inclusão foram, entre os membros da Secretaria, pela frequência de uso dos veículos de comunicação e entre os membros do Conselho de Saúde, pela representatividade.

As entrevistas foram gravadas em áudio por meio de gravador digital, analisadas, arquivadas e estão disponíveis para consulta.

VII) Resultados

A entrevista realizada com o Gestor do SUS no município de Prata, o Secretário de Saúde Dr. Daniel Mendonça Vieira, aconteceu no mês de janeiro de 2011. Foi relatado o seguinte:

A gestão da Secretaria de Saúde está sob sua responsabilidade desde janeiro de 2006 e mesmo reconhecendo a importância da comunicação na gestão da saúde até o momento não foi possível a implantação de um setor formal de comunicação.

As mediações com a população se dão através de notas no jornal local de circulação semanal, o “Jornal de Negócios” que é distribuído gratuitamente aos munícipes. Essas notas são redigidas pelo próprio gestor e encaminhadas à redação informalmente, ou seja, não existe nenhum vínculo formal de prestação de serviços entre o jornal e a Secretaria de Saúde.

Outro veículo de comunicação utilizado pela Secretaria de Saúde é o “Blog da Saúde” que também é alimentado pelo Secretário quase diariamente para divulgar ações de saúde e campanhas de mobilização.

Quanto ao planejamento da comunicação não existe uma política determinada nem tampouco uma equipe profissional responsável pela definição de estratégias de comunicação nesse setor, assim como nos demais setores da Prefeitura.

Ao ser indagado sobre as práticas de comunicação na prefeitura, o Secretário de Saúde diz existir uma assessoria de comunicação cujos profissionais responsáveis, também sem formação na área de comunicação, são responsáveis pela divulgação das ações da prefeitura através do site oficial e também pelo envio de releases às mídias local e regional. Sobre as ações de saúde, a divulgação no site acontece através de notas redigidas e encaminhadas pelo Secretário.

As fontes de ausculta se baseiam essencialmente na demanda espontânea de usuários dos serviços que procuram a secretaria para queixas, reclamações e/ou elogios ou informações, pessoalmente ou por telefone, pois inexistente uma ouvidoria na saúde. Quando o cidadão utiliza a ouvidoria do Ministério da Saúde, as questões são respondidas oficialmente em tempo hábil, mas não há meios de divulgação.

Os dados e relatórios dos serviços de saúde não são divulgados para a população, apenas no Conselho de Saúde durante as reuniões que acontecem mensalmente. Apesar de já ter sido cogitada a possibilidade de implantação de uma ouvidoria, não se tem um planejamento nem previsão de data para realização.

A Secretaria mantém no quadro de servidores efetivos quatro supervisores de gestão da saúde que atuam como ouvidores, mas não se dedicam exclusivamente a esta função. A atuação é feita no sentido de estabelecer um diálogo entre o setor e o cidadão acerca de informações e direito à saúde. Os supervisores, dentro de suas possibilidades, procuram assessorar e dar orientações pertinentes à demanda do cidadão.

O gestor considera de suma importância as visitas que realiza eventualmente às unidades de saúde, o que segundo ele, funciona como termômetro para medir o desempenho da secretaria diante de seus usuários.

Aponta que seria muito bom se houvesse predisposição das mídias locais, especialmente a rádio comunitária em cobrir assuntos de saúde. Esse veículo na sua concepção tem maior poder de circulação e grande prestígio entre a população, mas não há também qualquer esforço no sentido de enviar releases para serem divulgados.

Quando perguntado sobre o alcance de metas nas campanhas vacinais, constata que o município tem conseguido cumprí-las e atribui grande parte do sucesso à grande mídia, que na sua visão, tem efeito bastante positivo quando trata dos mesmos assuntos que a mídia local, mobilizando a população à medida que legitima as mensagens da Secretaria.

O Secretário reconhece que há poucos esforços no sentido de interagir com as mídias locais e que poderia estabelecer um diálogo mais estreito com esses canais. Aponta que os recursos midiáticos estão sendo subutilizados pela secretaria e que se tiver maior respaldo nos meios locais, o atendimento prestado à população poderá ser melhorado.

Sobre a participação da Secretaria no Conselho de Saúde, o Secretário declarou ser Presidente do Conselho e que tem se esforçado para que o conselho funcione bem, destinando inclusive, um espaço físico nas dependências de um prédio da Secretaria para que os conselheiros possam ter condições objetivas de exercerem suas funções. Reconhece a importância do conselho como instância deliberativa, mas argumenta que os conselheiros não têm conhecimento suficiente para discutir políticas de saúde.

Sobre a definição de políticas de saúde, o Gestor considera importante o debate no conselho e se esforça para que os conselheiros se capacitem para que tenham condições de discuti-las e contribuir para sua efetivação.

Nas entrevistas realizadas com os coordenadores de equipes de Saúde da Família e com a coordenadora da Vigilância em Saúde, também no mês de janeiro de 2010, os profissionais abordaram basicamente as mesmas questões apontadas pelo gestor.

Quando perguntados se a implantação de uma política de comunicação poderia contribuir com a participação e o controle social na saúde, foram unânimes em afirmar que sim, pois a participação poderia melhorar o atendimento prestado, através da possibilidade de avaliação dos serviços. Eles concordam também que a população se sente valorizada em posse de informações sobre os serviços, o que faz com que diminua a distância e reforce o vínculo entre profissionais e usuários dos serviços de saúde. São genéricos em afirmar que a rádio comunitária poderia ser mais bem utilizada e se tornar uma grande parceira nas ações de saúde.

Os coordenadores das unidades de ESF relatam que ainda não há um diálogo mais estreito entre a gestão e as unidades de saúde, o que eles consideram falho. Afirmam que a existência de espaços dialógicos poderia construir uma relação mais próxima entre a gestão e as equipes de ESF, o que refletiria nas ações destas equipes com a população atendida.

Quando indagados sobre as mídias locais mais representativas na saúde, apontaram o carro de som como mediador mais eficaz e também os panfletos e folders que são distribuídos à população pelos agentes de saúde e agentes de endemias.

Por fim, sugeriram a implantação de uma caixa de sugestões/reclamações nas unidades de saúde, como forma de estimular a participação dos usuários na rotina da saúde, justificando que as manifestações recebidas poderiam nortear ou influenciar nas decisões do gestor.

A entrevista realizada com três membros do Conselho Municipal de Saúde, também aconteceu no mês de janeiro de 2011 e revelou o seguinte:

Os conselheiros de saúde ouvidos, todos três representantes dos usuários, disseram ter percebido avanços na relação da Secretaria com o Conselho. O presidente do Conselho de Saúde ainda é o Secretário de Saúde, o que muitas vezes faz com que os papéis se confundam, mas por outro lado, essa condição também tem suas vantagens, afinal, se o presidente do conselho não fosse o gestor, talvez não tivessem a chance de questionar ou fazer as cobranças diretamente ao “chefe”, como acontece.

Foi perguntado ainda aos conselheiros sobre as formas como levavam os assuntos do conselho aos seus representados. Um deles disse fazer um breve relatório com base na pauta da reunião. Outro reconheceu não levar pessoalmente essas informações, mas elogiou a iniciativa do conselho em enviar por e-mail todas as pautas, projetos, prestações de contas e tudo mais que é apresentado nas reuniões, assim eles têm um material em mãos para discutir com o grupo que representam. Finalmente, o terceiro conselheiro que já participou antes como representante dos trabalhadores da saúde, diz levar todos os assuntos aos seus representados nas reuniões mensais, inclusive nas assembléias.

VIII) Conclusão

Esta monografia procurou analisar as estratégias de comunicação estabelecidas pela Secretaria de Saúde do município de Prata em Minas Gerais, para interagir com a sociedade local a partir da relação mantida pela Secretaria com o Conselho de Saúde e com os meios de comunicação locais. A metodologia de entrevistas foi escolhida devido à inexistência de registros sobre as práticas comunicacionais.

Os resultados apontaram que a Secretaria de Saúde de Prata, reproduz a prática centralizadora da comunicação que acontece nas outras instâncias de poder no campo da saúde, onde os processos de produção e circulação dos produtos comunicacionais são concentrados nas mãos do Estado excluindo os outros atores sociais, uma prática dissociada do princípio da descentralização do SUS.

Não obstante pensarmos em um modelo dialógico de comunicação, ainda percebemos a prevalência de um modelo transferencial de informações ao que propomos a substituição por uma forma de comunicação horizontal onde todos os atores sociais tenham as possibilidades de falar, intervir e participar igualmente.

Outro fato que marca a comunicação na gestão da saúde nessa instância é a comunicação com o objetivo principal de dar visibilidade à gestão.

De modo geral, as estruturas de comunicação são frágeis, não existe uma política de comunicação e nem sequer um planejamento das práticas comunicacionais. A estratégia predominante é a comunicação sazonal para atender urgências epidemiológicas ou demandas pontuais, quase sempre emanadas do gestor.

Nas ações dirigidas aos munícipes, a maior preocupação é disseminar informações sobre os procedimentos a serem adotados sem considerar seus conhecimentos ou lhes oferecer interlocução. A contrapartida seria oferecer também a esta população, de forma adequada, conhecimentos sobre seus direitos e outras informações que pudessem facilitar sua relação com os serviços de saúde.

Diante desta constatação sugerimos a implantação de uma ouvidoria a fim de criar um canal direto de comunicação e escuta que amplie as vozes mais periféricas permitindo a disseminação de seus interesses, que possa ser ouvida e considerada capaz de subsidiar a gestão nas suas tomadas de decisões.

Os serviços de saúde circulantes na rádio comunitária são mostrados por meio de informações de utilidade pública. Entretanto, para cumprir sua função social de zelar pelo interesse público a sua participação poderia ser mais intensa inclusive interagindo com o Conselho de Saúde que representa uma importante instância de participação da sociedade, de confronto e debates de idéias, não como mero transmissor de informações, mas como ator social que conta e participa das histórias.

O relatório final da 10ª CMS determina que os conselhos e gestores devem construir e implementar novos mecanismos de participação. No entanto, percebemos certa passividade tanto por parte da gestão e do conselho quanto por parte das mídias locais em estabelecer formas de interação com intuito de alargar os canais de comunicação.

Nesse sentido, o Conselho de Saúde poderia criar junto à rádio comunitária espaços de conversas sobre saúde, onde seriam discutidos dados técnicos, filas, tempo de espera e tudo mais sobre saúde, para tornar tudo transparente. É

importante que a população conheça também os problemas e fale sobre eles, discutindo e também ajudando a buscar soluções o que seria uma forma de vincular a gestão da saúde à qualidade e à idéia de controle social.

Como forma de melhorar a interlocução com a sociedade que representa e assim contribuir mais efetivamente com a gestão municipal de saúde, propomos a criação no Conselho de Saúde de um jornal que possa emitir publicamente, opiniões e transmitir informações sobre o direito dos usuários e dos profissionais de saúde, entre outras coisas.

Quanto à implantação de caixas de sugestão, indicadas por alguns coordenadores de unidades de saúde, recomendamos sua adoção por considerarmos uma estratégia capaz de ampliar o acesso dos cidadãos no processo de avaliação das ações e serviços públicos de saúde ofertados. Sugerimos ainda, a criação de um jornal mural a ser implantado em todas as unidades de saúde com espaço interativo para a comunidade.

A respeito da realidade analisada é perceptível o distanciamento em relação à proposta representada pelo SUS, cujos princípios pressupõem ações mais horizontais e participativas.

A Comunicação e Saúde nesse sentido traz a interpretação de que saúde não se restringe somente ao modelo biomédico mas também a processos sociais, culturais e políticos onde os partícipes sugerem, deliberam, fiscalizam, mudam ou alteram os rumos das ações em saúde.

“Se as políticas públicas de saúde pressupõem a descentralização da gestão, a participação da sociedade e um novo entendimento sobre o modelo ou paradigma sobre a saúde, isso implica, necessariamente, a ampliação, a inclusão e a reconfiguração da participação por parte de diferentes atores sociais o que, por sua vez, implica a presença de novas vozes ativas e sentidos nesse cenário.”
(OLIVEIRA, 2010).

Essa realidade que no nosso entendimento se mostra vertical e prescritiva é inversa ao novo modelo proposto que pressupõe a participação e a horizontalidade e nos desafia a buscar processos comunicacionais que promovam a ausculta e reforcem o os vínculos de reciprocidade que são fundamentais no Sistema Único de Saúde.

A realização deste trabalho instigou a vontade de ampliar ainda mais os conhecimentos a respeito das práticas comunicacionais que envolvem a gestão da saúde. É inegável a necessidade de alargamento e aprimoramento do estudo. No entanto, o mesmo oferece subsídios capazes de orientar um planejamento na comunicação, acreditando que a correção das falhas e o preenchimento das lacunas apontadas, podem trazer ganhos tanto para a população quanto para os serviços de saúde locais.

IX) Referências Bibliográficas

ARAÚJO, I.S., CARDOSO, J. M. **Comunicação e saúde**. 20. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007. 152 p. (Temas em Saúde)

BRASIL, **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1986.

BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS 20 anos/Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. – Brasília: CONASS, 2009. 282 p.

BRASIL, **Lei nº8080**, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial da União 19 Set 1990.

BRASIL, **Lei nº8142**, de 28 de setembro de 1990. Diário Oficial da União 19 Set 1990.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Depto. de Apoio à Descentralização, **Diretrizes operacionais dos pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão**. Brasília: 76 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL, **Política nacional de promoção da saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Brasília, 2006, www.saude.gov.br/svs.

BRASIL, **Resolução nº 333**, de 04 de novembro de 2003. Diário Oficial da União, Brasília, DF: Imprensa Nacional, 04 dez. 2003, n. 236, seção 1, p.57, col. 1. ISSN 1676-2339

BRASIL, **Relatório do seminário nacional de comunicação, informação e informática em saúde para o exercício do controle social**: Brasília, 8 e 9 de dezembro de 2005 / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 78 p. (Série D. Reuniões e Conferências)

CAVALCANTI, F.L.O., GUIZARDI, F. L. **Democracia e participação política: o SUS como processo e projeto revolucionário**. Mimeo, 2010.

DE LAVOR, A., DOMINGUEZ, B., MACHADO, K. **O papel central da comunicação na saúde**, RADIS - Comunicação em Saúde, Rio de Janeiro, nº 100, p. 27 - 30, dezembro de 2010 .

DE LAVOR, Adriano. **Novo campo tem a marca do processo da Reforma Sanitária**, RADIS - Comunicação em Saúde, Rio de Janeiro, nº 100, p.31 – 33, dezembro de 2010.

MOROSINI, Márcia Valéria G. C. **Modelos de atenção e a saúde da família /** Organizado por Márcia Valéria C. G. Morosini e Ana Maria D'Andrea Corbo. Rio de Janeiro: ESPJV/ Fiocruz, p. 43 – 126, 2007.

NORONHA, J.C., LIMA, L.D., MACHADO, C.V. **O sistema único de saúde.** In GIOVANELLA, L., ESCOREL, S., LOBATO, L.V.C., NORONHA, J.C., CARVALHO, A. I. (orgs.) Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008, p. 435-472.

OLIVEIRA, Valdir de Castro. Relatório da Pesquisa “**A comunicação e o controle público nos conselhos de saúde da região metropolitana de Belo Horizonte**”. Belo Horizonte: Departamento de Comunicação social da UFMG, 2001.

OLIVEIRA, Valdir de Castro. **A comunicação midiática e o sistema único de saúde.** Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação. Fundação UNI Botucatu/UNESP, vol.4, n.7. Botucatu, SP: Fundação UNI, 2000. p.71-80.

OLIVEIRA, Valdir de Castro. **Comunicação, informação e ação social.** In Organização Pan-Americana da Saúde. Organização do cuidado a partir de problemas: uma alternativa metodológica para atuação da equipe de saúde da família. Brasília, 2000. p.65-74.

OLIVEIRA, Valdir de Castro. **Comunicação, informação e participação popular nos conselhos de saúde.** Rev. saúde & soc. Mai/ago 2004; v. 13 (2): Revista da Faculdade de Saúde Pública da USP e Associação Paulista de Saúde Pública. P. 56-69.

OLIVEIRA, Valdir de Castro. **Comunicação, mediação e vinculação social.** Texto inédito, fotocopiado / fevereiro de 2011

OLIVEIRA, Valdir de Castro. **Comunicação, mídia e saúde pública.** Texto inédito fotocopiado disponibilizado pelo autor. Belo Horizonte, 2011.

OLIVEIRA, Valdir de Castro. **Desafios e contradições comunicacionais nos conselhos de Saúde Brasil.** Coletânea de comunicação e informação em saúde para o exercício do controle social. Brasília- DF: Ministério da Saúde; 2006. p.29-43.

OLIVEIRA, Valdir de Castro. **Mídias locais e comunitárias como meios de proximidade e registro do cotidiano.** Texto inédito disponibilizado pelo autor. Belo Horizonte, 2011.

PRATA, **Lei nº 1.528**, de 13 de outubro de 1993. Prefeitura Municipal de Prata 13 Out 1993.

PRATA, **Lei nº 2024**, de 10 de dezembro de 2003. Prefeitura Municipal de Prata 10 Dez 1993.

SAMPAIO, L.F.R.; TURCI, M.A.; RIBEIRO, M.L.R.; OLIVEIRA, v.c. (ORGS.). **Desígnios suaves entre montanhas de ferro.** In Os alicerces da utopia. Saúde e Cidadania no SUS de Brumadinho. Prefeitura Municipal de Brumadinho/ Secretaria e Conselho de Saúde. 1996.