

Comunicação e saúde: entre sentidos, interesses e estratégias

Nilson Alves de Moraes

Produtos farmacêuticos, modernos e eficazes tratamentos, novas tecnologias, doenças, milagrosas curas, terapêuticas tradicionais ou modernas, exames complexos, lideranças e pensamentos emergentes são temas que povoam as mídias, os imaginários e relações simbólicas, em que a saúde, a medicina, as mudanças e inovações permitem a expectativa de soluções rápidas, eficientes e duradouras, derrotando a doença, a dor e o sofrimento. Em oposição, o cotidiano dos profissionais de saúde, grupos empresariais, instituições de saúde e dos que se encontram ameaçados pela falta de saúde por doenças e agravos, dos que vivem as rotinas da desesperança e inevitabilidade do descaso e fracasso dos responsáveis pelo seu cuidado.

Na história dos cuidados, das práticas médicas e da saúde no Brasil, a partir da segunda metade do século XIX, registram-se esforços de utilizar diferentes recursos, com o objetivo de informar a população sobre as doenças, modos de cuidar, produtos com fins terapêuticos, profissionais que oferecem serviços e artigos publicados em folhetos, jornais e revistas. Assim, a propaganda foi a primeira forma de informação sobre saúde produzida no século XIX.

No Brasil do século XX, o crescimento urbano, os novos processos de produção e estilos de vida, agências e práticas institucionais provocaram a urgência na comunicação em saúde. Os enfoques e problemas produziram diversos modos de uso das comunicações, num momento em que os jornais e revistas se multiplicavam, as propagandas se tornavam parte do cotidiano, em que os rádios e o cinema introduziam novos temas e modos de enunciação.

Nos séculos XIX e XX, o pensamento social ocidental foi estruturado a partir de uma perspectiva de solidariedade, coesão, complementaridade e integração, de um lado, e, de outro, pelo ponto de vista que apreendia a realidade como um processo orientado pelos antagonismos sociais, por uma série de pares conceituais ou modos de pensamento binário que orientaram e formularam ações e reflexões sociopolíticas. Para Moraes (2005), as duas visões não se configuravam unicamente como de natureza intelectual; colocavam entre si questões que reduziam a outra versão da realidade a falsas ou inapropriadas questões ou problemas, desconsiderando-as ou desqualificando o outro modo de percepção. Pretendia-se demonstrar que o pensamento contemporâneo foi produzido numa tradição filosófica e ideológica em que o idealismo e o materialismo, sujeito e objeto, constituíram elementos fundantes e estratégicos.

Tal visão não revelava o que estava no centro das oposições; colocou ênfase na oposição entre o coletivo e o indivíduo, em campos do conhecimento, das artes e das ações sobre a realidade.

A segunda metade do século XX foi marcada por intensa crítica intelectual bem como emergência de novos grupos, modos de compreensão e vivência das relações societárias e tecnológicas. A análise exigia a retomada e revisão das teorias sociais valorizadas pelos diferentes campos acadêmicos e por mudanças comportamentais e relacionais que orientaram o modo de ser, agir e sentir – numa tradição durkheimiana – no Ocidente capitalista. O desenvolvimento e a utilização generalizada das modernas tecnologias, formando ou facilitando as articulações entre redes relacionais e temáticas, não favoreceram apenas a expansão do capitalismo transnacional, a emergência de sua racionalidade ou lógica instrumental. Implicou também na possibilidade de mudanças nas formas de resistência às culturas locais, a reinvenção de identidades e modos de vida que se constituíram em capitais simbólicos. A resistência e reinvenção cultural passaram a compor faces naturais do social (Moraes, 2005).

Os modelos duais de análise e apresentação dos temas socio-sanitários podem implicar grandes farsas ou simplificações do debate. No caso da saúde, estes modelos são reais e parecem interessantes apenas aos que não se interessam em reverter o cenário das instituições e populações ameaçadas. O que a comunicação, no debate sobre a saúde, políticas e instituições de saúde no Brasil, tende a omitir? Quais a prioridade, o cronograma e a estratégia da comunicação na agenda da reforma sanitária e no desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS)? Qual a influência da comunicação na criação, orientação, circulação e redefinição dos valores e práticas relacionados com a saúde pública? Como os interesses particulares influenciam na produção de representações, desejos, necessidade e demandas em saúde?

A comunicação na saúde apresenta uma expressão moral ou metáfora narrativa das tragédias modernas que submetem e conduzem o indivíduo a lutar pela sua superação, tendo como prêmio a possibilidade da preservação da saúde e da vida. Mas há diferenças no tratamento oferecido pelos veículos de comunicação. Mais que diferenças, há tratamentos específicos para cada leitor-segmento-interesse, com implicações sociopolíticas (Moraes, 2006).

A comunicação em saúde se constitui no esforço em pensar e propor encaminhamentos e reflexões inovadores, marcados pela presença da doença, capital e tecnologia. A comunicação exige o enfrentamento de linguagens verbais e não-verbais de produção de sentido que viabilizam condições de maior explicitação e eficácia dos enunciados, dos processos de recepção e circulação das informações. Trata-se

de elemento estratégico para a gestão social da saúde e qualidade de vida. Não é mais possível pensar o mundo pela lógica da economia e da produção. Na construção, que é acelerada a partir dos anos 1980, e garantia do SUS é fundamental o debate sobre o processo de constituição de uma sociedade democrática, equitativa, com controle social e respeito à cidadania. A democracia não é um simples eixo de mobilização ou discursivo. Ela é um norte a ser seguido na articulação entre o campo da comunicação e o da saúde, é uma dimensão sobre questões, como: quais os grandes problemas da saúde? Para o que o SUS nos convoca? A fecundidade dessa articulação implica uma agenda inclusiva e não restritiva.

O SUS é um sistema público de saúde, em construção, que funciona de forma referenciada considerando as demandas, condições e necessidades da população. Na história do SUS existe o propósito de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, sendo proibidas cobranças de dinheiro sob qualquer pretexto.

Fazem parte do SUS, centros, postos de saúde e hospitais — universitários, laboratórios, hemocentros, além de fundações e institutos de pesquisa. O SUS destina-se a todos os cidadãos que têm direito a consultas, exames, internações e tratamentos nas unidades de saúde vinculadas ao SUS, públicas ou privadas, contratadas pelo gestor público de saúde. Ele é financiado com recursos de impostos e contribuições sociais pagos pela população.

Para o profissional de saúde, o debate se faz na lógica da construção ou resistência ao SUS. Os interesses se colocam considerando duas idéias fundamentais ao SUS, a de “atores sociais” e a de “sistema único”. A saúde é tratada como direito coletivo.

Os atores sociais são cidadãos em exercício pleno de sua condição. Eles são usuários, profissionais, gestores etc. ou agrupamentos sociais formados por instituições, órgãos, comunidades, movimentos sociais, equipes de trabalho etc. Eles participam, organizadamente, segundo critérios compartilhados, formulando a gestão, planejamento e exercendo o controle social do SUS, interferindo em toda sua trajetória que inclui técnica, política e eticamente no processo participativo e assistencial.

O SUS contempla articulações considerando a agenda pública e as prioridades são articuladas com outros setores da administração e esferas de governo. A equipe de saúde, incluindo o secretário e suas funções cotidianas, privilegia as capacidades técnicas e a condução e o encaminhamento de proposições definidas nos conselhos de diferentes níveis da federação. Estabelece relações e a responsabilidades de cada envolvido.

O cenário em que o SUS se estabelece deve orientar as relações entre as unidades de saúde, compra de serviços (se necessária) e o fortalecimento de funções de regulação do sistema. O SUS se organiza com base no reconhecimento dos “espaços de pactuação”, fortalecendo as comissões intergestores, em todos os níveis do sistema. O SUS garante integralidade e equidade na atenção à saúde, mesmo quando o município precisa pactuar trocas e reciprocidades com outros municípios vizinhos ou próximos. O SUS possui uma base técnica e constitucional, se fundamenta em princípios políticos e técnicos.

COMUNICAÇÃO E SAÚDE COMO DISPOSITIVOS E DISCURSOS

A sociedade contemporânea permite diferentes enfoques e modos de cuidar do corpo, da saúde, da doença e do bem-estar. Na comunicação, o corpo não traduz apenas o lugar em que se acumula força de trabalho e se inscreve como parte do processo produtivo. O corpo também é o lugar de saúde, estética, bem-estar e consumo. É para o corpo e no corpo que se promete êxito e prazer imediatos, a custos – financeiros e tecnológicos — compatíveis com cada tribo, faixa etária, grupo ou classe social.

A comunicação e saúde se articulam em dispositivos de operações discursivas que elegem problemáticas crescentemente veiculadas como de intervenções e saberes. O indivíduo e o coletivo são tratados como dimensões antagônicas, dependendo dos interesses e discursos mobilizados. O dilema saúde coletiva e saúde individual marca posições e imprime orientações políticas, assistenciais e institucionais no debate entre epidemiologia e clínica, radicalizando e reinventando orientações e discursos. Este processo consolida uma tendência, constituída com maior velocidade no século XIX, de uma história de práticas e saberes em que o modelo de saúde imprime uma intervenção de controle a partir de demandas e soluções reguladas e enunciadas por um conjunto com disciplinas científicas e recursos tecnológicos de mediação e subordinados à lógica do mercado, ao processo socio-sanitário e à subjetividade. Exige uma nova relação em torno do cuidar e do cuidado.

Os meios comunicacionais, como suporte, constituem-se em marcas de um tempo de velocidade e pluralidade, das disputas de sentido que oferecem, produzem e ajudam a constituir. Eles intervêm nas ações dos interessados em pressionar atores e instituições sociais no esforço em influenciar ou orientar rumos, ações e políticas que deverão ser implementadas. É impossível pensar, principalmente a política, sem a visibilidade patrocinada pela comunicação, a qual favorece a

existência de um mundo próprio, à sua imagem, como repetem os profissionais de comunicação, e atinge – de forma diferenciada – as culturas nacionais.

Os suportes comunicacionais exigem diferentes linguagens e *locus* de ações e discursos em que os embates ganham sentido e dramaticidade, bem como dependem dos dispositivos tecnológicos e de informação. A informação é uma produção social que constrói e disputa, envolvendo produtores de enunciados e para quem se destina. Ela configura uma nova e vital modalidade de construção de hegemonia cultural e social, um produto mercadológico. Tais tensões são estruturadas envolvendo o Estado, monopólios e interesses públicos, e subjetividade. Devem ser acrescidas as mudanças que incorporam ou incluem os agentes sociais e seus interesses neste processo. Ribeiro (2006) demonstra que os agentes sociais estão contribuindo para uma nova relação entre os usuários e a mídia, modificando o modelo clássico de comunicação centrado no emissor – mensagem – e no receptor, e que propõe a presença ou inclusão dos receptores em todas as etapas de produção comunicacional.

A comunicação, a informação e as tecnologias são mediadores no processo relacional e de constituição de verdades, ao mesmo tempo em que são um ator em disputa, não existindo possibilidade de neutralidade ou desinteresse. Na comunicação, ao permitir que simultâneas vozes se expressem e ao omitir vozes, delimita e aponta os atores e projetos relevantes e autorizados, delibera sobre os sentidos e perspectivas que um tema deve ter. A comunicação é estratégica na construção da realidade, da identidade cultural e do patrimônio local. Constitui um jogo de tensões, símbolos, discursos e representações sociais, estimulando e considerando as universalidades e particularidades que predominam ou se constituem em cada momento histórico.

Os dispositivos comunicacionais são acionados, em diferentes conjunturas e projetos políticos e discursivos, como difusão, enfrentamento e escamoteamento das condições objetivas de saúde e do cuidar dos indivíduos diante de ameaças no corpo dos indivíduos e da sociedade.

A existência ou presença do risco estimula soluções e provoca o imaginário social. A ameaça do desconhecido, a eficácia dos exames e das novas tecnologias cirúrgicas, a capacidade resolutiva dos remédios, a incorporação de novos saberes e modelos de racionalidades são temas constantes nas páginas dos jornais, nas rádios, TVs, cinemas, Internet e outros suportes. O importante é a presença do tema nos veículos. Alguns deles enfatizam a relação saúde e indivíduos, outros a relação saúde e coletividade.

O modo de fazer e compreender a saúde e comunicação mobiliza uma racionalidade, imprime e insere-se numa pauta e disputa simbólica em torno

do mercado de saúde associado à beleza, à identidade e ao bem-estar. Esta perspectiva não é única. Um segmento da população exige mais; exige ações e políticas de saúde, demandas pela qualidade de vida e trabalho. Exige direitos e acesso a um modelo médico e assistencial que o mercado tenta esquecer ou tornar secundário. Exige saúde, medicina, políticas públicas e democracia. Reinstala uma idéia que se pretendia ou se apresentava como superada: a existência de diferenças e dos antagonismos sociais. Insiste em discursos e ações que afirmam utopias e mudanças sociais coletivas. Estas necessidades produzem uma complexa e tensa arquitetura socioinstitucional e científica.

COMUNICAÇÃO E SAÚDE COMO CONSTRUÇÕES HISTÓRICAS E SIMBÓLICAS

Uma pergunta nos mobiliza frente aos profissionais de comunicação e aos de saúde: de que comunicação e de que saúde falamos?

A relação comunicação e saúde não é recente; possui uma história que pressupõe diferentes modos e concepções de fazer comunicação e de saúde, de compreender e administrar seus usos e limites. Afirma um traço: os profissionais de saúde e os de comunicação se entendem diante de temas e problemas específicos.

O corpo – nas sociedades complexas do Ocidente – está no centro dos debates atuais. O corpo – como parte do processo produtivo, força de trabalho e parte do processo produtivo que se encontra em violentas mudanças – é apreendido e construído por diferentes racionalidades e intervenções técnicas; um corpo que reclama saúde, estética e consumo. Corpo intensamente sexualizado, modificado ou reconfigurado pelo homem e pela ação tecnológica, do mercado e da subjetividade (Tucherman, 2004). Corpo que marca e produz distinções. Os modos de representá-lo e modificá-lo em anúncios, discursos e linguagens imagéticas são tecidos e recriados pela comunicação, introduzindo temas. Ações, comportamentos e hábitos que transformam atitudes, medicamentos, cosméticos e modelos alimentares em produtores ou ativadores de novas subjetividades e sociabilidades, indicando estratégias de evitar ou aprofundar as possibilidades ou riscos de desenvolver doenças.

A saúde e a doença existem, envolvendo um cálculo social e sanitário, uma expectativa de risco diante de esperanças, condições e projetos coletivos ou individuais, aponta o conhecimento e o diagnóstico como relevantes na qualidade de vida do indivíduo e suas implicações sociais. Saúde e doença existem onde o risco é possibilidade conhecida e controlada (Vaz, 2006). O risco é ameaça patogênica, compreendido e administrado segundo fatores genéticos e epidemiológicos. Isto é, o risco deve e pode ser conhecido, dosado, controlado e calculado.

O discurso médico, ao admitir que existe a consciência do risco, procura estimular ou produzir hábitos e comportamentos que afirmam zelar pela saúde e pelo corpo saudável. Tal modelo de saúde exige um sistema de informação eficaz. O homem da sociedade disciplinar é convencido a reconhecer e utilizar-se das biotecnologias e meios de comunicação como aliados da saúde. A informação transfere para o sujeito a responsabilidade de sua condição.

A informação possui diferentes objetivos, sentidos, modos de construção e interesses. Segundo Muniz (2007), as produções culturais, como os informativos dos jornais e revistas, não são compostas obedecendo apenas às técnicas de transmissão de informação. Ele localiza os mecanismos de veiculação da informação num discurso que desconsidera as outras correntes de pensamento, impondo aos demais profissionais modos específicos de trabalhar. O processo que institui a comunicação como saberes e técnicas autorizados é aceito e ocorre simultaneamente com a mudança na cultura biomédica.

Nos diferentes veículos, há uma constante. São prescritas formas de gestão da vida e da saúde, adotadas como conselhos que relacionam idéias e atitudes gerais sobre como manter a saúde, viver com saúde, ou que tratam especificamente dos sintomas, doenças ou disfunções, dirigindo-os para grupos específicos.

Saúde, corpo, pessoa ou população saudável são questões não resolvidas no campo da biomedicina. Constituem procedimentos produzidos a partir de condições dadas e reconhecidas, dotados de legitimidade. Dependem de tecnologias, valores e de um exercício intelectual. O diagnóstico médico não é um dado, algo pronto, reproduzido, fechado em si mesmo. Existe em face de uma racionalidade compartilhada. Não há diagnóstico sem elaboração teórica na qual se articulam, de forma complexa, o olhar do médico e o conhecimento nas fontes autorizadas – profissionais, instrumentos e documentos científicos – às produções de outros profissionais – olhares e conhecimentos. O diagnóstico envolve e está associado às novas tecnologias bem como à capacidade de penetrar e vislumbrar o corpo humano domado por um modelo de racionalidade. O diagnóstico expressa-se como exame, luz, exposição e imagem. Neste sentido, é para ele que o médico se dirige, abdicando das tradições como a prática e o saber do auscultar.

A saúde, ao longo do século XX, perde a solidão das relações, saberes e competências individuais. A ação e dedicação solitária de um agente, o profissional de saúde, em geral o médico, se transformam em ações institucionais. Vaz (2006) aponta que a saúde, a doença e o sofrimento encerram experiências limítrofes e heterogêneas, como a possibilidade e a convivência das doenças curáveis ou incuráveis, e a morte. A angústia e a incerteza sobre a vida e a morte,

bem como a existência ou possibilidade de sofrimento, em estudo realizado entre estudantes de saúde (Unirio, 2007), só são menores que a possibilidade da incapacidade. A doença e a saúde, ou mesmo as ameaças da doença e da morte, justificam a necessidade de melhorar – no esforço em humanizar – os relacionamentos entre os profissionais e instituições.

A COMUNICAÇÃO E SAÚDE COMO TECNOLOGIA DE CONSUMO

O aprofundamento e a crescente sofisticação dos recursos teóricos e metodológicos não produzem respostas eloqüentes aos desafios de compreender ou modificar a sociedade contemporânea; ao contrário, fazem emergir outras ansiedades e dúvidas. Este aparente paradoxo demonstra que as perplexidades intelectual, social e existencial, que caracterizaram os anos 80 do século XX, foi substituída pela busca de caminhos que levaram a rotas e experimentos descontínuos e foram descontextualizados. As construções e reflexões intelectuais aprofundaram a incapacidade de abranger ou agasalhar as novas demandas e dúvidas. Desta forma, o discurso único foi definitivamente condenado.

A combinação envolvendo transformações sociais, relacionais, novas tecnologias e processos informacionais e produtivos revela a emergência de tempos e relações múltiplas e descontínuas. As tecnologias passam a cumprir um papel estratégico na vida e no cotidiano das sociedades, servindo como ponto de partida para novos processos sociais e produtivos. De certa maneira, as tecnologias passam a impor um novo ritmo bem como influenciar os projetos e o modo de existência dos indivíduos e das sociedades.

As tecnologias produzem e revelam-se como parte dos espetáculos e dos processos sociais, relacionais e produtivos. Elas orientam as culturas, as instituições e as disputas de sentido que os diferentes e tensos projetos de grupos e de estratégias de poder buscam consolidar.

Neste mundo de tecnologias e saberes que se apresentam e buscam afirmar sua importância e capacidade de organização e racionalidade, o Brasil ainda luta pela afirmação de um projeto social compromissado com mínimos direitos de cidadania e existência humana. As tecnologias e os saberes ainda são objetos de compreensão e de empenho na constituição de um sistema de saúde que esteja minimamente comprometido com a universalização, com a justiça social, com a equidade, com o controle social do seu funcionamento. Controle social é característica de uma sociedade marcada pela participação social (sociedades mobilizadas e organizadas).

A informação, para qualquer profissional de comunicação, por força de sua formação profissional, resulta de um esforço em responder a algumas questões que se colocam também para o tema da saúde: o quê? quando? onde? quem? por quê? A informação presente na notícia, no artigo ou no fôlder, para qualquer profissional de saúde, pela compreensão e expectativa que ele possui sobre a comunicação, exige outras questões, linguagens, temas e preocupações.

A comunicação em saúde envolve mais que a simples e mecânica difusão de informações valorizadas por profissionais; este processo revela-se autoritário e incapaz de responder pelas demandas coletivas e plurais. Tal comunicação exige o enfrentamento e o envolvimento da sociedade na medida em que ela afirma a existência de linguagens verbais e não-verbais. Linguagens que as tecnologias exigem romper com o unidirecionalismo das pautas e verdades.

Comunicação, novas tecnologias, as redes e os processos informacionais são algumas das condições do cotidiano que provocam encantamento. Articulam mudanças sociais, relacionais e produtivas de diferentes naturezas e preocupações pelas suas possibilidades e efeitos. No imaginário social, são mobilizadores e produtores de novas e crescentes racionalidades. De certo modo, acredita-se que não existe como viver longe destes temas e possibilidades. Nas últimas três décadas, as instituições, a sociedade e as políticas de saúde dependem crescentemente de um uso racional e generalizado deles, os quais são parte das ações e do cotidiano, ao mesmo tempo, ajudando a formular ações e influenciando o cotidiano.

A COMUNICAÇÃO NA SAÚDE: PODER E DISPUTA SOCIAL

Políticos, cientistas, gestores, movimentos sociais, sanitaristas e profissionais do campo da saúde reafirmam o compromisso com a democracia e a pluralidade. Entre o discurso estratégico, que valoriza – no mínimo – discursivamente a democracia e a pluralidade, verificam-se comportamentos exigidos pela cultura política e a conjuntura, configurando a existência de diversas questões e enfoques a serem considerados nas relações socio sanitárias. Palavras e atitudes, como cooperação, respeito, consciência e compartilhamento, visitam diferentes esferas que desconsideram seu exercício (Moraes, 2006).

A saúde vive um paradoxo. Muitos falam, vários reclamam a inexistência, a carência e a capacidade de resolutividade do sistema de saúde ou festejam mudanças institucionais ou nos serviços, poucos sabem realmente o que é o setor de saúde e principalmente o que é o SUS. Mostra-se possível verificar que o SUS se confunde com um lugar ou um serviço, em geral deteriorados e de péssima

qualidade, em que predomina a lógica burocrática a qual oferece atendimento médico supostamente gratuito à população. O SUS é apresentado como lugar do atendimento médico aos pobres ou carentes de atendimento de urgência. Diante do desconhecimento sobre o SUS, das incertas fronteiras entre saúde e medicina, é necessário constatar que, em algum ponto, a comunicação, as instituições e os agentes envolvidos estão falhando; enfrentam dificuldades na identificação da origem deste desconhecimento. Uma outra análise possível é que estamos diante de um cenário de luta em que o silêncio é fundamental para a estratégia de interesses contrariados. Portanto, este desconhecimento seria uma estratégia política, social, discursiva ou gerencial dos segmentos sociais interessados na inexistência, na incompetência ou, ainda, na ineficácia do SUS.

Há que se destacar que o desconhecimento sobre o SUS não é específico dos que utilizam os seus serviços. Estudo realizado, este ano, em alunos ingressantes no Instituto Biomédico da Unirio, demonstra que o SUS é ignorado pelos estudantes do referido Instituto, os quais não só desconhecem o seu funcionamento como também, o mais grave, não conseguem perceber sua importância para a sua formação profissional ou qualquer relação com a cidadania ou com o sistema de saúde. Para eles, o ensino e os serviços de saúde são realidades dissociadas. Portanto, repetem que o SUS é “alguma coisa para carentes” ou “atendimento de urgência médica”. Eles informaram que seus professores não comentaram sobre o SUS em nenhum momento. O SUS está condenado a atingir o conhecimento dos jovens estudantes e profissionais dos diferentes campos das áreas biomédicas. Uma situação objetiva que demonstra a possibilidade de enfoques ou estratégias incapazes de responder à situação ou ao projeto do que pretende ser o SUS.

As instituições de saúde mantêm um embate permanente na busca de intervir no real e na construção do SUS. Para garantir o SUS, é fundamental o debate sobre o processo de construção de uma sociedade democrática, equitativa, o controle social e o respeito à cidadania. A democracia não é um simples eixo de mobilização ou discursivo.

Araújo (2000) demonstra que comunicação e saúde anunciam e viabilizam campos de lutas institucionais, científicas, assistenciais e discursivas. O modelo que Araújo denominou de modelo desenvolvimentista de comunicação sucede o modelo que Luz (1979) chamou de campanhista de saúde pública. A comunicação, a saúde e a saúde na comunicação são objetos de diferentes saberes e práticas sociais. Produzem diferentes sentidos e efeitos. Portanto, o empenho na compreensão da conjuntura e na produção de metodologias e teorias, bem como o empenho na constatação de novos desafios são um exercício cotidiano.

Do ponto de vista de Araújo, a comunicação ocupa centralidade na disputa dos sentidos que orientam a constituição do campo da saúde, merecendo a produção de modelos de análise que considerem sua especificidade e modos de articulações com outras instituições e campos de análise.

Os suportes comunicacionais, demonstrou Cardoso (2001), exigem diferentes linguagens e nos embates ganham sentido e dramaticidade que dependem crescentemente dos dispositivos tecnológicos e da informação. A dramaticidade das condições de saúde e as exigências da conjuntura atravessam a frieza da técnica e soam presentes nos conteúdos.

A comunicação é produção social estratégica na produção de sentidos, implica um conjunto de negociações envolvendo produtores de enunciados e receptores. Configura uma nova e vital modalidade de construção de hegemonia social. Tais tensões são estruturadas nas relações que envolvem Estado, sociedade, interesses e subjetividade. Uma mediação no processo relacional e, ao mesmo tempo, um ator entre os grupos e projetos em disputa. Não são neutras ou desinteressadas. Ao permitir que simultâneas vozes se expressem e, por vezes, ao omitir vozes, delimitam os atores e projetos relevantes, deliberando sobre os sentidos e perspectivas de um tema. Produzem um cronograma, uma hierarquia, prioridades. Emprestam, segundo sua lógica, interesses e arsenal ou capital simbólico, sentidos e representações aos fatos e processos. Produzem uma hierarquia, um cronograma, estabelecem atores, projetos e situações limites.

A comunicação em saúde, de acordo com Pitta (2005)[na bibl., apenas artigo em site, sem data] aponta a urgência em incluir a comunicação na agenda da saúde, isto é, a saúde como direito social. Sua inclusão significa enfatizar o pacto pela qualidade, acesso e apropriação da comunicação na saúde. Considera a urgência na ampliação da perspectiva da comunicação pública, que aceita o dissenso e constrói sujeitos e protagonistas que ajudam a consolidar o SUS. Comunicação e saúde revelam e se revelam em diferentes cenários, modos de atuação e existência, devendo se mobilizar para enfrentar estas novas situações, e o controle social como tarefa urgente deste novo contexto.

O lugar deste enfrentamento tem sido as Conferências Nacionais de Saúde (CNS). Magajewski e Pitta (2000) demonstraram que existe uma história de contribuições dos representantes da sociedade civil nas CNS e nos encontros de conselheiros de saúde em torno do aperfeiçoamento das políticas no campo da comunicação em saúde. Os autores indicam que as perspectivas e limites da construção de relações democráticas do setor no contexto brasileiro estão marcados pelas relações estabelecidas entre o Estado, a sociedade civil e a comunicação.

O Estado e as instituições de saúde utilizaram-se deste recurso na veiculação de seus projetos e ações. Setores sociais viram-se envolvidos com o enfrentamento de situações endêmicas ou epidêmicas. Para os cientistas e militantes do movimento sanitário, trata-se de identificar e discutir as tendências e efeitos da comunicação na sociedade contemporânea e sua influência na criação, orientação, circulação e redefinição de valores e práticas relacionadas com a saúde. A comunicação em saúde organiza, pensa e propõe encaminhamentos e reflexões inovadoras, e, para garantir o SUS, é fundamental o processo de construção de uma sociedade democrática, equitativa, com o controle social e o respeito à cidadania.

A saúde na comunicação apresenta-se como expressão moral ou metáfora narrativa das tragédias modernas, as quais submetem e conduzem o indivíduo a lutar pela sua superação, tendo como prêmio a possibilidade da preservação da saúde e da vida (Moraes, 2005). Há diferenças no tratamento oferecido pelos veículos de comunicação. Mais que diferenças, há tratamentos específicos para cada receptor-segmento-interesse, com as implicações sociopolíticas.

As notícias e informações sobre a saúde são apresentadas de forma pulverizada, além de descontínua e descontextualizada, recebendo, ainda, um tratamento fragmentado. Prevalece o tratamento tópico e isolado, e a direção ou intencionalidade de cada notícia ou informação nunca é explicitada. A doença, práticas, instituições, projetos ou ações de saúde são descontextualizados da possibilidade de produzir e atribuir sentido e visibilidade a projetos socio sanitários.

As instituições identificadas com o tema da comunicação e saúde articulam-se e trabalham, estabelecendo nexos e vínculos institucionais, bem como compromissos com as políticas públicas. As percepções sobre comunicação em saúde nunca foram uniformes e são influenciados pela presença de profissionais, instituições e saberes de diversas formações, modos e lugares de atuação.

Para o êxito do SUS, cabe um novo e permanente diálogo com a comunicação. A informação é fundamental à garantia da democracia, da equidade, da justiça e da qualidade de vida; portanto, à construção do SUS. A comunicação é apresentada pelos movimentos sanitários e profissionais de saúde por exercer o seu papel de mediação social. Os Conselhos de Saúde se transformam em instâncias estratégicas de mobilização e controle público sobre as prioridades e políticas a serem implementadas. Uma voz capaz de liderar os processos político-institucionais, em condições de aprimorar e orientar o debate em curso, retomando a centralidade da informação. O controle social reclama a existência de democracia e uma igualdade mínima em informações e acesso à informação em termos simbólicos, cognitivos e tecnológicos.

O estudo realizado mostrou que o fôlder é o principal instrumento de leitura e informação dos entrevistados. O informativo, para muitos a única leitura disponível, mesmo sob a forma de fôlder, noticiário, comercial ou reportagem, compartilha o conhecimento biomédico e de saúde: tratamentos, cuidados, reabilitação e prevenção. O informativo não é instrumento médico; está além do conhecimento médico e remete a outros contextos, demandas, olhares e disciplinas. Negocia saúde e cuidado, une conhecimento biomédico com as condições socio sanitárias e o conhecimento ou experimento do mundo da vida. Posiciona identidades e competências de cada um e os modos de organizá-las de forma regular, estabelecendo valores, crenças e verdades aceitos ou impostos como verdadeiros, e pretende, inclusive, fazer cumpri-los.

Nestes registros, segundo Muniz, existe uma imagem moral e técnico-científica dos profissionais de saúde e dos usuários das instituições e dos serviços de saúde produzida a partir da noção de competência e legitimidade do que possui ou regula o conhecimento. O leitor é convidado a se identificar com o conhecimento científico proposto. O informativo afirma a importância da informação e do conhecimento legítimo. Comunicação e saúde caminhariam juntas na construção da qualidade de vida.

NILSON ALVES DE MORAES é professor adjunto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (Unirio).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARAÚJO, Inesita. *A reconversão do olhar*. São Leopoldo, Unisinos, 2000.
- BOURDIEU, Pierre. *Poder Simbólico*. Lisboa, Difel, 1990.
- CARDOSO, Janine. *Comunicação, saúde e discurso preventivo*. Rio de Janeiro, UFRJ-ECO, 2001.
- DELEUZE, Gilles. *Conversações*. S. Paulo, Editora 34, 1992.
- FAUSTO NETO, Antônio. “A Midi(a)calização da Cura”, in *Comunicação: Veredas*, n.3, S. Paulo, Unimar, 2004.
- RIBEIRO, Ana Paula Goulart. “Modernização e concentração: a imprensa carioca nos anos 1950-1970”. In NEVES, Lúcia.; MOREL, M.; FERREIRA, Tania (org.). *História e imprensa: representações culturais e práticas de poder*. Rio de Janeiro, DP&A/Faperj, 2006.
- LEFÉVRE, Ana e Lefèvre, Fernando. *O Discurso do Sujeito Coletivo*. Educus, São Paulo, 2006.
- LUZ, Madel. *As instituições médicas e hegemonia política no Brasil*. Rio de Janeiro, Graal Ed. 1979.
- MADEIRA, Wilma. *Navegar é Preciso: Avaliação dos Impactos do Uso da Internet na Relação Médico-Paciente*. 2006. Dissertação (Saúde Pública) - Universidade de São Paulo. 2006
- MAGAJEWSKI, Flávio e PITTA, Áurea. “Políticas nacionais de comunicação em tempos de convergência tecnológica: uma aproximação ao caso da saúde”. *Revista Interface*, nº 7, São Paulo, 2003.
- MORAES, Nilson. *Saúde, Imprensa e Memória* in Lemos. M.T.T, *Percursos da Memória*. Rio de Janeiro, UERJ, 2000.
- _____. “Memória e mundialização”. In LEMOS, M.T.T e MORAES. N. *Memória e construções de identidades*. Rio de Janeiro, Sette Letras, 2005.
- _____. “Comunicação, sentidos e saúde”. In *Comunicação e saúde para o exercício do controle social*. Brasília, Ministério da Saúde, 2006.
- MUNIZ, Simone Vaizman. “Envelhecimento saudável: a produção de sentidos e a construção de identidades sociais”. Dissertação de mestrado. Rio de Janeiro, PPG-PMS Unirio, 2007.

PITTA, Áurea. R. Informação e comunicação em saúde: que qualidade? que pacto? In http://www.com_textos.net/index.php.

TUCHERMAN, Ieda. “Corpos, técnica e subjetividade”. *Revista de Tecnologia e Linguagem*, nº 33, Lisboa, 2004.

UNIRIO. “Representações sociais e o SUS”. Relatório parcial. Rio de Janeiro, 2007 .

VAZ, Paulo. “Consumo e risco: mídia e experiência do corpo na atualidade”. *Comunicação, Mídia e Consumo*, São Paulo, ESPM, 2006.